CONTENTS

日本病院会雑誌 病院学 2005年5月号

目　次

巻頭言：医療における公益性・非営利性…… 石井　暎禧　3

グラフ：大阪市立 総合医療センター…… 5

〔平成16年度 病院長・幹部職員セミナー〕

シンポジウム「**看護部・コメディカル部門の育成と質の向上**」……(座長) 川合　弘毅　12
(1)薬剤部門…患者不利益回避のために ……小川　雅史　12
(2)臨床工学部門…医療機器の適正管理を目指して ……川崎　忠行　18
(3)病院栄養部門…栄養サポートチーム稼動の現状から ……前田　浩史　25
(4)リハビリ部門…脳卒中に対するリハビリテーションを中心に ……宮井　一郎　30
(5)看護部門…継続教育の実際 ……髙森　勝子　40
(6)討論 …… 46

トピックス「**何が，どう変わるのか**」 ……(座長) 奈良　昌治　52
(1)国立病院の独立行政法人化 ……栗井　一博　52
(2)病院会計準則の見直し等について ……石井　孝宜　60

〔病院医療の質を考えるセミナー〕

基調講演「**e-Japan戦略Ⅱと医療**」 ……國領　二郎　66

〔国際モダンホスピタルショウ2004・カンファレンス〕

ITフォーラム「**データベース型医療記録システムと戦略的IT化投資**」……松下　龍之介　78

〔第54回 日本病院学会 一般演題〕

材質による手袋の比較・検討 ……伊藤　美奈ほか　99
当院における井水使用経験について ……平山　智子ほか　102
病院内での携帯電話使用に関する検討 ……灘吉　進也ほか　105
総合病院に勤務する健康運動指導士による地域健康支援活動について ……今井　優ほか　109
外来分離とその効果 ……岡本　正太ほか　113
透析用血液回路を見直して ……菊池　康人ほか　116

〔ようこそ日病へ・新入会員の紹介〕

北島病院（高知県）「緑と清流のなかの高機能病院を目指して」 ……北島　清彰　119

病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報3月号」巻頭言 ……中村　丁次　120
〔一番町だより〕 平成16年度第11回常任理事会・第4回理事会合同会議 議事抄録(平成17年2月26日)…125
〔お知らせ〕 第31回日本診療録管理学会学術大会の開催概要 ……139
平成17年度「病院長・幹部職員セミナー」の開催案内……142

お知らせ 『日本病院会雑誌』表紙リニューアルについて　表紙デザインを変更いたしました。
従来のシンボルカラーの緑を引き継ぎ，ヒポクラテスにゆかりのある西洋プラタナス（スズカケノキ）の葉を題材に白地面積を広げてシンプルかつ落ち着きのあるイメージに仕上げました。

巻頭言

医療における公益性・非営利性

石井 暎禧
いしいえいき
●(社)日本病院会常任理事
●医療法人財団石心会
理事長

来年度に予定されている医療法改正に向け，地域医療計画と医療法人制度の見直しが進んでいる。これは医療・福祉制度改革の一環をなしていて，公益法人改革とも連動する。昨年来の混合診療問題，株式会社参入問題もまた，これらの動きの一部であることは言うまでもない。医療法人制度の見直しについて見ると，これまでの医療法人制度論議の枠内では核心を捉えることはできない。医療法人制度改革は，外部からは規制改革派の「株式会社の医療参入」問題があり，内部からは，「出資限度額医療法人」の提起があって，検討され始めたが，問題はそのレベルにとどまらなかった。社会のあり方，企業と社会の関係，そのなかの企業像といった現代の問題が，医療でも問われているからである。

日本病院会も，「出資限度額医療法人」の創設を要求してきたので，その意義を正確に理解しておかねばならない。医療法人制度の見直しは，「認定医療法人」と「出資限度額医療法人」という新法人形態をつくることが話題となっているが，それだけの意味ではない。医療における「営利性」「公益性」の議論に終止符を打ち，医療の持つ公益性を保証させるようにすることが，この改革の目指すものである。

これまで医療法人は営利法人ではなく，公益法人でもなく，いわゆる「中間法人」と規定されてきた。ところで，時代の変化は，公益法人の公益性を形骸化させると同時に，営利企業であっても，公益を無視することが許されないようになり，「企業の社会的責任」が強く要求される時代となった。公益性は公益法人だけが要求されるものではなくなったのである。そして，介護保険の創設により福祉分野への営利法人の参入が認められたため，医療・福祉分野における公益性の保証がいっそう強まった。コンプライアンス・ガバナンス等の言葉が流行るのにも，このような時代的背景が存在する。公益性は目的として謳うだけではなく，実践過程と成果を客観的に明らかにすることが求められている。逆に医療が公益性を持つからといって，営利法人の参入を否定できない時代になったともいえる。

公益法人改革も医療法人改革も，争いの元になるあいまいな「中間法人」概念を整理する方向で進んでいる。「営利性」と「公益性」を対立概念と考えず，別のものとし整理したのである。縦軸に「利益の分配」を基準として，営利法人と非営利法人を分け，横軸に「公益性の強さ」を基準として，各法人を並べるという二元的配置である。営利性についてはクリアカットであるが，多様な公益を法律や目的によって分けることはできないため，公益性の規定は定かでない。医療法人改革は，規制改革会議の営利・公益という主張に対して，医療法人を非営利・公益の方向で改革することを方針としている。そこで，「医業経営の非営利性等に関する検討会」は公益法人改革に歩調を合わせ，医療法にいう「非営利」を「剰余金が特定の個人に帰属することなく全額医療のために使われる」と定義する方向で進んでいる。こう定義する限り，持分のある医療法人は，営利法人であると定義されるため，医療法に抵触することになる。「出資限度額医療法人」が急速に認められる方向になったのは，この法人形態が非営利法人に該当するからである。より公益性の高い法人として提案される「認定医療法人」は，非営利性の要件である親族制限だけでなく，運営が私的でなく，公的であることの具体化として地域住民代表の評議員会への参加を謳うのも，より公益性が強いことの担保が必要だからである。現在の特定医療法人もそのまま低減税率で存続できるとは限らない。さらに公益法人改革を見ると，非営利法人の設立を容易（公益性を要件にせず，認可を必要としない）にするが，その代わりに公益性をただちには認めない（税制上の優遇措置や公的支援を行わない）のが改革方向である（すでにNPO法人というかたちでこの方向は実現の一歩を踏み出している）。

このように見てくると，これらの改革への医療界の一部での反発は，検討会の認識から，ずいぶん遅れをとっており，問題の本質を理解していないように思われる。

公益性をめぐる，営利法人と非営利法人の壁を低くするこの改革は，公営企業の改革とも連動している。公営企業の組織形態からする非営利性は公益性を保証するものではないという理解が基礎にあり，交付金・補助金は当然とはならない。公的支援（低減税率・補助金）は公益性の実現に対して与えられることになる。

そしてより公益性の高い「認定医療法人」は公的病院とともに，「地域医療計画の見直し」において地域医療の中核となることが期待されるという構造が必然化する。すべての制度改革は相互に関連しており，すべての病院にとって，社会のなかでの役割の再検討が要請されていると言ってよいであろう。

病院紹介

大阪市立
総合医療センター

当センターは，平成５年12月に，大阪市政100周年記念事業の１つとして，大阪市立の５病院を統合し，「広く市民に信頼され，国際都市大阪にふさわしい公的病院」，「人間味あふれる暖かな医療を実践する病院」，「高度な先端技術を備え，地域に貢献する病院」を理念とし，それらが調和した総合病院として歩み始めました。

３次救命救急センター，災害拠点病院，第１類・第２類の感染症指定病院の機能を持ち，さらに，新生児や産科の相互援助システムの基幹病院としても活動しております。また，臨床研修指定病院として医師の育成にも努めています。

昨年開院10周年を迎え，過去を検証し今後を見据えるために，病院医療機能評価機構の受審をして認定病院となりました。また，厚生労働省から地域がん診療拠点病院の指定も受けました。

これらの歴史を踏まえ，刻々と変化していく医療ニーズに的確に応えるため，当センター職員全員が理念を常に意識し，患者や家族の皆さん，地域の各医療機関に信頼される病院となれるよう日々努力をしております。

病院の全景

５階にある屋上庭園

これからの医療のあり方を提案します。

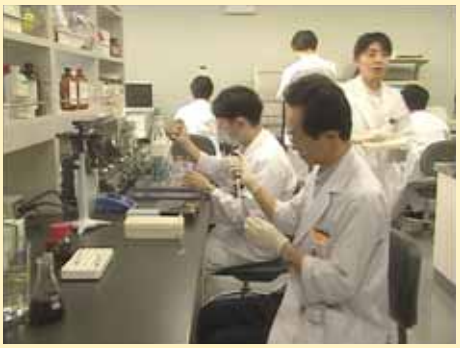
診察室。トータルオーダリングシステムによりデータを共有し，診療支援，運用の効率化を図っています。

病院の各所に絵画や写真などのオブジェを配置。来院者の心を和ませます。

セカンドオピニオンへの対応も行っています。

患者さんが気軽に相談できるよう、専用の医療相談窓口を設置しています。

玄関ホール。明るい吹き抜けで、壁面にはオブジェが飾られています。



臨床教育研究室。医学，医療の発展に貢献するため，積極的に臨床研究に取り組んでいます。

さくらホール。約４００名を収容できます。市民を対象とした公開講座、職員や医療関係者の研修などを開催しています。

住みやすさを重視した医療アメニティを実現。

快適・安全な入院環境を整備しました。早期離床を図るためにデイルームを設置し，トイレは各病室に配置しています。ナースステーションは病棟の中心に位置し，オープンカウンター方式を採用しています。またフロアや壁のカラーリング，採光にも配慮するなど，医療アメニティの向上・充実を図っています。

デイルーム。見晴らしの良いデイルームや食堂を各病棟に配置しています。

ナースステーション

小児病棟にはプレイルームを設置しています。

病院の沿革

昭和58．8　市政100周年記念事業に「市立医療機関の体系的整備」が取り上げられる。
昭和61．1　大阪市医療審議会に「市立病院の新しい医療体制のあり方」について諮問する。
昭和61.10　大阪市医療審議会から市長に「市立病院の新しい医療体制のあり方」についての「基本答申」が提出される。
昭和63．1　大阪市医療審議会から市長に「市立病院の新しい医療体制のあり方」についての「基本答申Ⅱ」が提出される。
平成元．3　予算市会において，総合医療センターの設置をもりこんだ「大阪市市民病院事業の設置等に関する条例の一部を改正する条例」が可決される。
平成元．6　総合医療センター建設工事が着工される。
平成５．7　総合医療センターの定礎式を行う。
平成５.11　総合医療センターへ職員が配置される。
桃山市民病院・城北市民病院・小児保健センター・母子センター・桃山病院が閉鎖される。
平成５.12　開院。
平成６．5　医師宿舎・院内保育所が共用開始される。
平成６.12　駐車場（第２期分）が共用開始される。
平成７．1　阪神大震災。多数の被災患者を受け入れるとともに，医師・看護婦等も被災地に出動する。また医療用物品も多量に搬送する。
平成７．4　臨床教育研究室・看護専門学校・看護婦宿舎が共用開始される。
平成７．7　さくら11階病棟が運用開始される。
平成８．4　精神保健福祉法による大都市特例の実施に伴い，精神科の緊急措置の受け入れが開始される。
平成９．6　すみれ11階病棟の運用開始とともに，病棟の科別再編成を行う。
平成11．4　感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の施工により，第１種及び第２種感染症指定医療機関に指定される。
平成11．9　高度先進医療「実物大臓器立体モデルによる手術計画」が承認される。
平成11.10　特定承認保険医療機関として承認される。
平成12．9　高度先進医療「脳内視鏡手術」が承認される。
平成14．4　臨床腫瘍科開設。
平成16．6　日本医療機能評価機構の認定を受ける。
平成17．1　地域がん診療拠点病院に指定される。
平成17．4　血液内科，小児血液腫瘍科開設。

高度先進医療に対応するため，最新の施設と医療機器を備えています。

MRI

マルチスライスCT

血管造影装置

リニアック

ガンマユニット

手術室は14室で，年間約7,300件の手術を行っています。

NICU：新生児診療相互システムの基幹病院として機能しています。

ICU病棟：高度医療に対応する集中治療室（10床）

5階に屋上庭園を開放しており、患者さんや来院者の憩いの場となっています。

フロア案内

配置図

ヘリポート

機械室	PH2			
機械室	PH1			
病棟部門	18F	病棟部門		個室病棟25床・内科系病棟46床
病棟部門	17F	病棟部門		内科病棟46床・内科系、皮膚、放射線科混合病棟46床
病棟部門	16F	病棟部門		消化器外科病棟46床・消化器内科病棟46床
病棟部門	15F	病棟部門		呼吸器科病棟46床・消化器科、呼吸器科、臨床腫瘍科混合病棟46床
病棟部門	14F	病棟部門		外科系混合病棟41床・外科系混合病棟41床
病棟部門	13F	病棟部門		整形外科、眼科混合病棟41床・整形外科病棟46床
病棟部門	12F	病棟部門		HCU病棟21床、CCU4床、透析室・脳神経外科病棟35床
病棟部門	11F	病棟部門		循環器科病棟46床・内科系、整形外科混合病棟46床
病棟部門	10F	病棟部門		内科系混合（感染症）病棟36床・婦人科病棟45床
病棟部門	9F	病棟部門		産科病棟41床・未熟児、新生児科病棟44床
病棟部門	8F	病棟部門		精神神経科病棟33床・児童青年精神科病棟22床
病棟部門	7F	病棟部門		小児内科系混合病棟36床・小児内科系混合病棟36床
病棟部門	6F	病棟部門		小児外科系混合病棟31床・小児外科系混合病棟31床
管理部門	5F	管理部門		医局・売店
管理部門	4F	管理部門	さくらホール	事務室・病歴室・図書室・医療情報部・会議室
手術部門	3F	検査部門	ICU	手術室・血管撮影室・検査室・ICU10床・さくらホール
画像診断部門	2F	外来診療部門		放射線室・内視鏡室・生理機能検査室 外来診察室・患者ロビー
救急部門	1F	外来診療部門	レストラン	救命救急センター・救急病棟30床・リハビリテーション室 中央ホール・調剤室・医療事務室・外来診察室・患者ロビー
設備スペース	MB	設備スペース	エネルギーセンター	SPD倉庫・ME機器倉庫
放射線治療部門	B1	物品管理供給部門・栄養部門等		栄養室・調剤室・検査室・放射線治療室・物品管理供給室 霊安室・解剖室・防災センター・エネルギーセンター

365日24時間体制の救命救急センター

救急救命医療は，独立した部門として専用の施設，設備を設けています。救急車での搬入から，治療室，手術室まで，迅速な対応を可能にするような配慮がなされています。

大阪市立総合医療センター

理念…3H

●広く市民に信頼され，国際都市大阪にふさわしい公的病院をめざします。
（Heart For Public Service）

●人間味あふれる暖かな医療を実践する病院をめざします。
（Humane）

●高度な先端技術を備え，地域に貢献する病院をめざします。
（High-Technology）

総合医療センター基本方針

●高度・専門医療を提供し，医療機能の向上を図ります。

●患者と職員の安全を確保し，市民に信頼される病院をめざします。

●十分なインフォームド・コンセントに基づく患者中心の医療をめざします。

●患者の権利を尊重し，良質な医療を提供します。

●市民病院群の中核病院として，地域医療連携を積極的に推進します。

病院の概要

● 名　　称	大阪市立総合医療センター
● 所 在 地	〒534-0021大阪市都島区都島本通２丁目13番22号
● 電　　話	06−6929−1221（代表）
● 診 療 科 目	（45科）総合内科　代謝・内分泌内科　精神神経科　神経内科　皮膚科　循環器内科　呼吸器内科　消化器内科　感染症センター　臨床腫瘍科　血液内科　外科　整形外科　泌尿器科　眼科　耳鼻咽喉科　婦人科　形成外科　口腔外科　脳神経外科　心臓血管外科　呼吸器外科　消化器外科　超音波診療科　産科　新生児科　小児内科　小児神経内科　小児循環器内科　小児血液腫瘍科　児童青年精神科　小児外科　小児泌尿器科　小児眼科　小児耳鼻咽喉科　小児脳神経外科　小児心臓血管外科　小児言語科　小児救急科　麻酔科　小児麻酔科　放射線科　リハビリテーション科　臨床スポーツ医学科　救命救急センター
● 病 床 数	1,063床
● 職 員 数	医師263名（研究医，研修医含む），看護師787名，その他338名 合計1,388名（平成17年４月１日現在）
● 敷地面積	約23,983㎡
● 建築面積	8,681.97㎡
● 延床面積	89,147.98㎡
● 構　　造	地上18階・地下１階建て　鉄骨造・一部鉄骨鉄筋コンクリート造

〈平成16年８月・大阪市〉

シンポジウム

看護部・コメディカル部門の育成と質の向上

大阪市立大学医学部附属病院薬剤部 副部長　小川　雅史
日本臨床工学技士会 会長／前田記念腎研究所臨床工学部　川崎　忠行
大阪府栄養士会 病院部会長／市立豊中病院栄養管理課 課長補佐　前田　浩史
ボバース記念病院 院長　宮井　一郎
大阪府看護協会 会長　髙森　勝子

座長：日本病院会副会長／若弘会若草第一病院 理事長　川合　弘毅

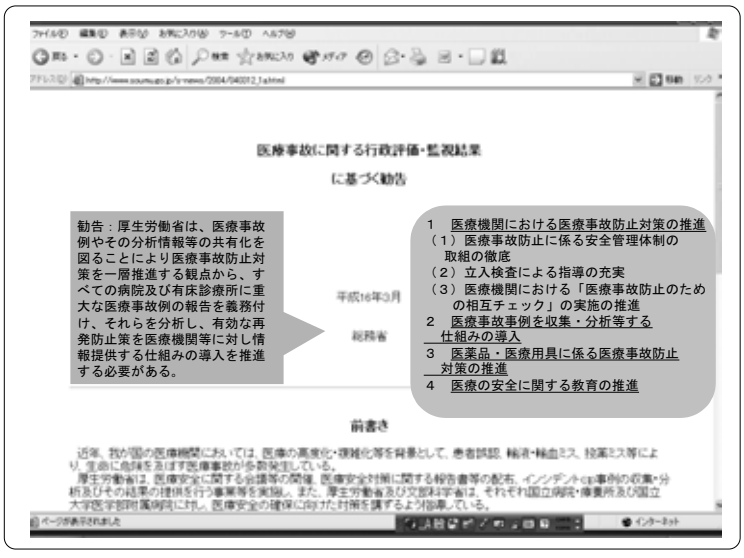
座長　川合でございます。早速，シンポジウム「看護部・コメディカル部門の育成と質の向上」を始めさせていただきます。最初にシンポジストとして薬剤部門，小川先生からのご発表でございます。レジュメにご略歴が載っております。時間の関係もありますので，小川先生よろしくお願いいたします。

①薬剤部門…患者不利益回避のために

小川　雅史

ご紹介ありがとうございます。私は，病院薬剤師の立場から「患者さまの不利益回避のために」ということで，我々薬剤師に何ができるか，何をしているか，何をすべきかについて報告させていただきます。

ご存じのように，平成16年の３月に総務省から「医療事故に関する行政評価・監視結果に基づく勧告」が出ております（**スライド１**）。それは，①医療機関における医療事故防止対策の推進，②医療事故事例を収集・分析等する仕組みの導入，③医薬品・医療用具に係る医療事故防止対策の推進，④医療の安全に関する教育の推進，という４



スライド１

つの骨子になっております。

薬物療法における患者の不利益

平成15年のデータになりますが，処方や与薬に関するヒヤリ・ハット事例が厚生労働省から報告されており，高齢者の方にヒヤリ・ハットが非常に多いという結果が出ております（**スライド 2**）。これをどう回避していくかは医療機関全体で考えていかなければならない問題ですが，そこで薬剤師に何ができるかについて考えてみました。

元々，医療のなかで薬物療法は非常に大きなウエートを占めるかと思います。その薬物療法における患者さまの不利益を考えてみますと（**スライド 3**），まず医療事故があります。これまでは医療過誤という表現が多かったと思いますが，最近は医療事故という表現に変わってきているようです。タキソール，タキソテールに代表されるサウンドライクの間違い，あるいは外観がよく似たルックライクの間違いはよくマスコミなどでも報道されておりますが，これは避けなければならない問題と思います。それから薬の有害反応。これについては，例えばモルヒネの呼吸抑制といったようなトキシックなリアクションはある程度予想はつきます。それから副次反応，いわゆるサイドエフェクトに関しては，いろいろな報告例からもある程度どういう副作用が出るかは想像がつくかと思います。それから過敏症，アレルギー反応は，ある意味交通事故的な反応ですが，こういった避けることが困難な副作用もあります。それから，単剤で治療されるケースは非常に少ないと思いますが，その薬を服用している期間中に起こるイベントをどう避けていくかは非常に大きな目的になるかと思います。

チーム医療における薬剤師の役割

昨今よくいわれますように，チーム医療が非常に大きな問題になります。患者さまを中心にして医師，看護師，薬剤師，あるいはコメディカルといった部門がそれぞれの専門知識を動員して患者さまに対するケアを行うことが求められていますが（**スライド 4**），薬剤師としては薬学的なケアがどういうかたちでできるかが重要です。これは，例えば添付文書とか，インタビューフォームといったものから得た薬剤情報をどう患者さまに還元するかということになるかと思います。

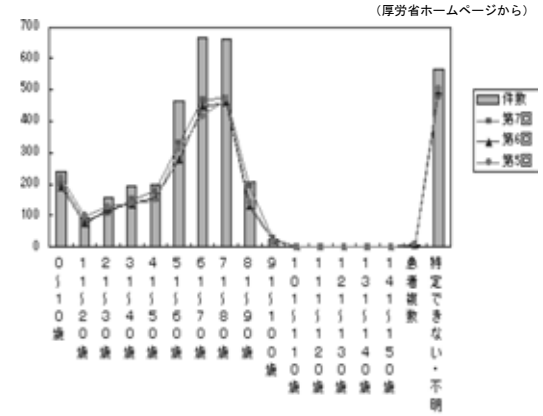
平成５年に「21世紀の医薬品のあり方に関する懇談会」があり，そこで発表されている医薬品の適正使用というサイクルがあります（**スライド**

患者の年齢（処方・与薬）

ヒヤリ・ハット事例第８回収集結果　平成15年４月～６月　　72施設　12，909件

（厚労省ホームページから）

年齢	件数
0～10歳	239
11～20歳	93
21～30歳	154
31～40歳	192
41～50歳	197
51～60歳	466
61～70歳	667
71～80歳	660
81～90歳	287
91～100歳	28
101～110歳	0
111～120歳	0
121～130歳	0
131～140歳	0
141～150歳	0
患者総数	5
特定できない・不明	567
合計	9472



スライド 2

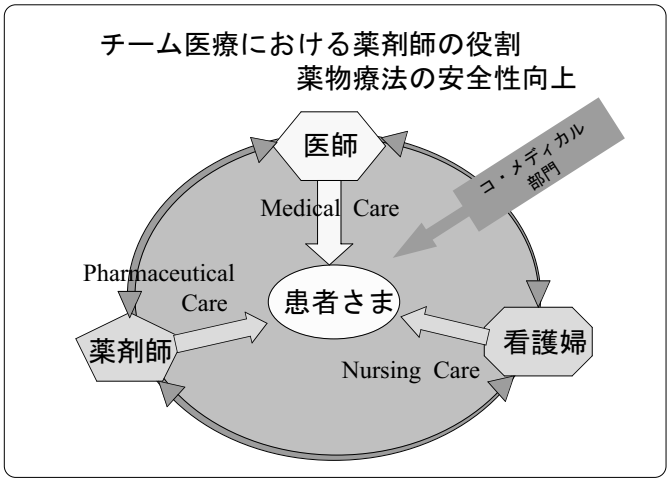
薬物療法における患者さまの不利益

★医療事故　Medication Error

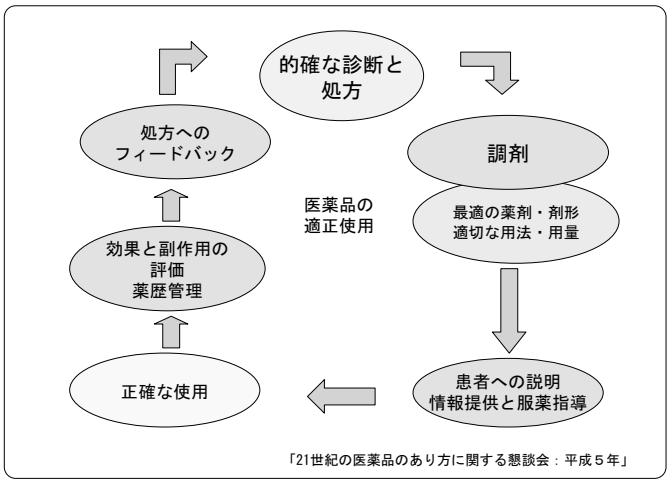
★薬の有害反応 Adverse Drug Reactions
- 中毒反応（Toxic Reactions）
- 副次反応（Side Effects）
- 過敏症（Hypersensivity）
- アレルギー反応（Allergic Reactions）

★薬の有害事象 Adverse Drug Events

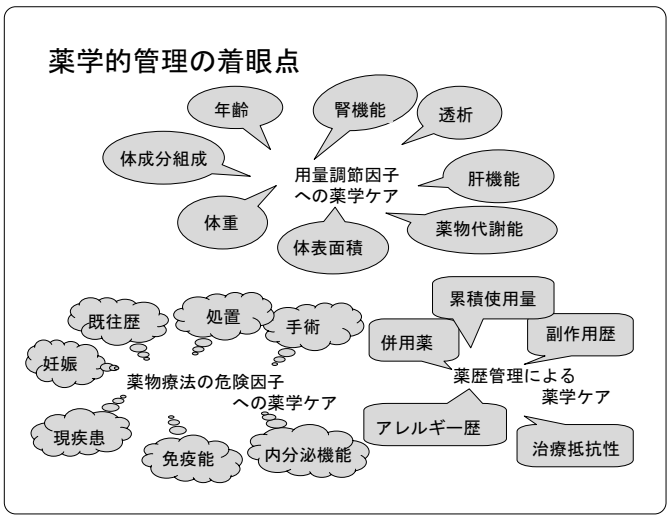
スライド 3



スライド 4



スライド 5



スライド 6

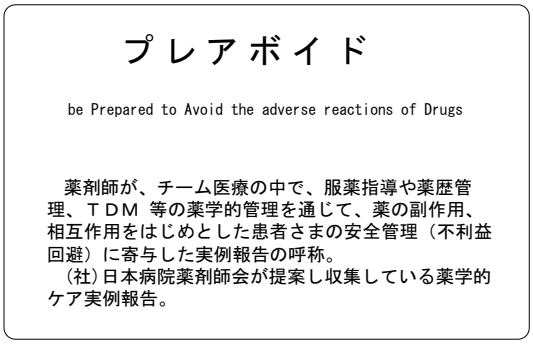
5）。先生方が処方され，我々薬剤師が調剤して最適な薬剤・剤形を選択する，あるいはその用法・用量が適切かどうかよく確認をさせていただく，処方箋のみ照会というのが当然あるわけですが，調剤した薬剤については患者さまへの説明，いわゆる服薬指導に関する情報提供というかたちです。それから患者さまに正確に服用していただくことと，服用されたあとに効果と副作用の評価ということで薬歴管理をしながらさまざまな問題点をピックアップしたものが，処方箋，次回の処方へフィードバックされていくという一連のサイクルです。医薬品の適正使用ということでは，特に以前の薬剤師は調剤のところで止まっていたと思いますが，情報提供，服薬指導，薬歴管理といったものが新たに業務として発生しています。

薬学的管理の着眼点としては（**スライド 6**），例えば用量調節因子へのケアとしては年齢，体重，各種臓器の機能，それから薬物療法の危険因子へのケアとしては，現疾患，あるいは女性の場合は妊娠されているか，これまでの既往歴，手術はいつなのかといった危険因子へのケアがあります。そして薬歴管理による薬学的ケアとしては併用薬の問題，当然，相互作用が考えられますし，例えば，ある種の抗がん剤だと使用量が副作用に大きく影響してくるようなケースもあります。こういったかたちでさまざまな着眼点があるかと思います。

日本病院薬剤師会とプレアボイド活動

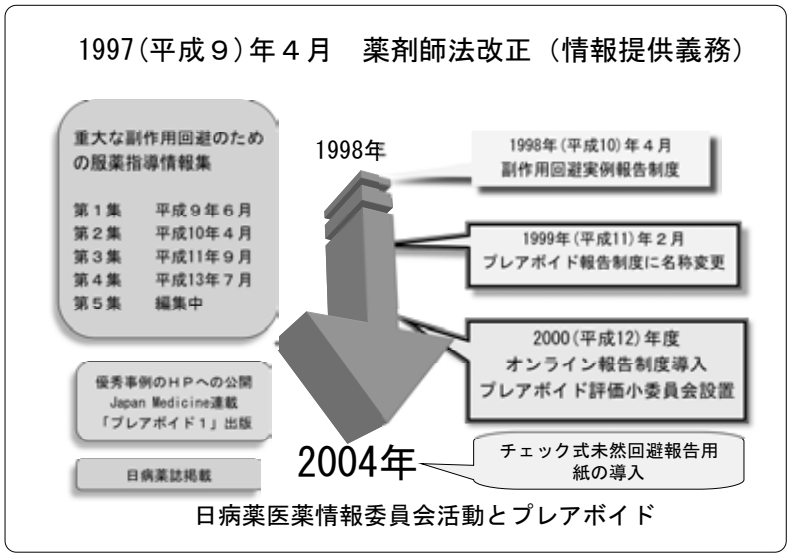
私は日本病院薬剤師会にも参加させていただいていますが，日本病院薬剤師会ではプレアボイドという名前で薬

剤師がチーム医療のなかで服薬指導，薬歴管理，あるいはTDMをとおして薬の副作用，相互作用をはじめとした患者さまに対する安全管理といいますか，患者さまの不利益回避に寄与した実例報告を集めています。我々の思いを込めまして，be Prepared to Avoid the adverse reactions of Drugsということで，Preavoid（プレアボイド）というのは造語です（**スライド7**）。

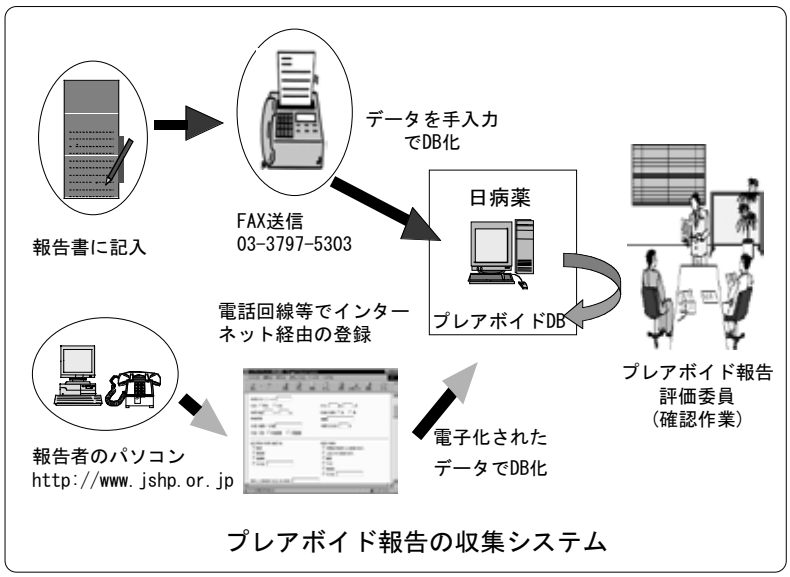


スライド7

どういうかたちで日本病院薬剤師会としてプレアボイドに関わってきたかということですが（**スライド8**），平成9年に薬剤師法が改正され，その25条の2で患者さまに対する情報の提供が義務化されました。実はその1年前，平成8年には先生方もご存じの高松高裁判決がありまして，患者さまに中毒性表皮融解壊死症（TEN）という副作用が出まして，患者さま自身が分かるような平易な言葉で副作用を伝えなさい，という判例が出ています。それを受けての薬剤師法改正でしたので，安全性情報をどう提供していくかということで一種のパニック状態になったことがあります。確か長野県の上田地区だったと思いますが，あまりに薬剤師が安全性情報を提供しすぎて，患者さまが怖くなって薬を飲まなくなったということで，医師会の先生方と薬剤師会のほうで少し揉めたケースもありました。安全性情報の提供の仕方については，我々が非常に気を遣って提供しな



スライド8



スライド9

ければならないという状況になっています。

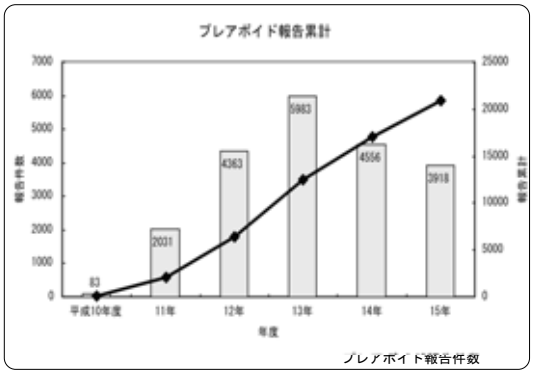
日病薬では重大な副作用回避のための服薬指導情報集をつくりながら，片一方で我々が関与したかたちでのプレアボイド報告を集めて共通のデータベースとして共用できるかたちのものを考えております（**スライド9**）。これは報告用紙をFAXとWebで報告していただいてデータベースをつくり，その内容について評価委員会で確認しながら共通のデータベースとして活用できるものです。現在までのところ，トータルの累計で2万件を超える報告が上がってきており（**スライド10**），逆に言いますと病院薬剤師が2万人の患者さまの副作用の不利益を回避してきたといえるかと思います。

これまでに報告された中身を少し解析してみたのが**スライド11**です。先ほどのヒヤリ・ハット報告と同じようなかたちで60代，70代の患者さまに対するプレアボイドは結果としてできてきたということが判明しました。薬剤管理指導業務と対応するかたちで，入院患者さんに対するプレアボイドが多かったという結果になっています。

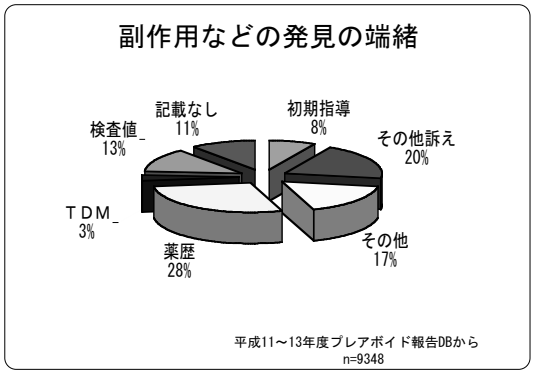
プレアボイドにみる患者不利益回避の例

副作用などがどういうものから発見できたかということですが（**スライド12**），やはり薬歴管理が患者さまの副作用を見つける，あるいは未然に回避するための非常に大きな手段だったことが分かりました。それから重大な副作用の初期症状を伝える，あるいは服薬指導の際に患者さまの訴えを聞くことが患者さまの不利益を回避するために大きなファクターになっております。また，検査値などのフォロー，これは当然先生方もされているとは思いますが，我々の観点からの検査値のフォローが処方へのフィードバックの大きな要因になってきたことが分かりました。

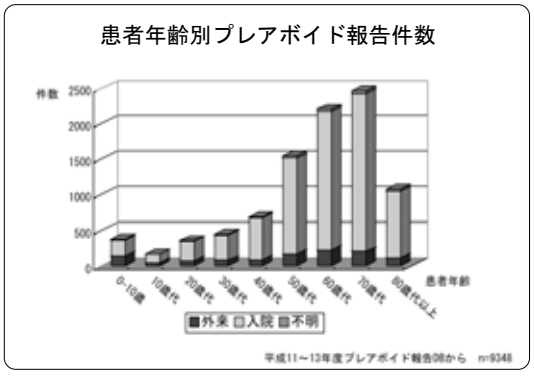
どのような事例があったかを，いくつか具体的にお示しします。**スライド13**の症例の場合はNIDDMの患者さまにオイグルコンが投与されまして，突然近くの物が見えなくなったと1週間後



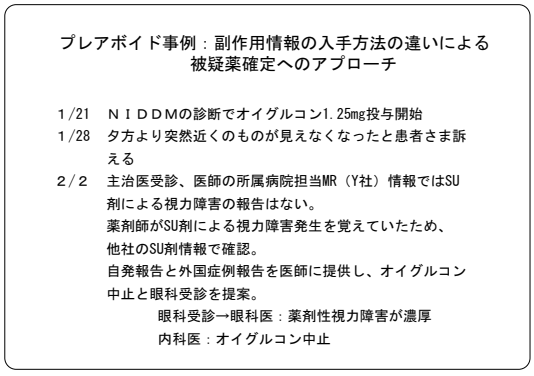
スライド10



スライド12



スライド11



スライド13

に患者さまが訴えられました。主治医に受診，主治医は病院担当のMRにオイグルコンの副作用を確認したけれども，オイグルコンによる視力障害の報告はないとの報告が返ってきております。オイグルコンは別の会社からもこの成分の薬が発売されていますが，たまたま担当していた薬剤師がSU剤の視力障害を覚えていたので，他社のSU剤情報で確認したところ，自発報告あるいは海外症例でそういう視力障害の副作用があったということでした。この山之内の報告には自発報告はなかったからMRは報告がないと返していたのですが，他社でそういった報告が上がっているということでオイグルコンの中止と眼科医の受診を提案し，その結果薬剤性の視力障害が濃厚であるということでオイグルコンが中止になった例です。こういったかたちで，我々が日頃接している薬剤情報を先生方にフィードバックすることで，患者さまの不利益を最小限にとどめたという例です。

スライド14の事例は患者さまがタナトリルとヘルベッサーRを処方されていて，いわゆる退院時服薬指導を実施して，ACE阻害剤での重大な副作用の1つに血管浮腫というのがありますが，「ごく稀に唇とか舌，あるいは顔がはれたりする，あるいは息苦しい症状が現れることがありますので，気づかれた場合には服用を中止して連絡してください」という服薬指導をしています。その2日後，下口唇が腫れてきた，手洗いの際に掌に熱感が出現したということで，患者さまが少し気にされて連絡してきたケースです。薬剤師がその副作用の可能性を説明して受診するように指導したということで，血管浮腫になったかどうかは分かりませんが，ある程度こういう重大な副作用を未然に防げたという例です。

プレアボイド事例：薬剤性血管浮腫を未然に防いだ

4/27　退院薬：タナトリル，ヘルベッサーR　処方
［薬剤師］⇒上記薬剤について退院時服薬指導を実施。
服用後の注意として重大な副作用の初期症状を指導。
血管浮腫：ごく稀に、唇、舌など顔がはれる。息苦しい等の症状が現れることがあります。気づかれた場合には、服用を見合わせて、すぐに医師、薬剤師に連絡して下さい。
4/29　下口唇の腫脹と手洗いする際に手のひらに熱感出現。
4/30　副作用の初期症状として指導した上記症状の出現について患者から電話。
［薬剤師］⇒ACE阻害薬タナトリルの副作用の可能性を説明。至急受診するよう指導。
4/30　患者が受診し、タナトリルは中止、ヘルベッサーRも処方変更となった。
その後、血管浮腫によると考えられる気道狭窄の発現なし。

スライド14

薬剤師に求められる
リスクマネージメントとしての職能

①医療における薬剤師の基本的な安全管理機能
処方監査、調剤、製剤等の
薬局関連業務の事故防止

②薬物に起因する医療事故防止
院内全ての薬剤使用実態の把握と
事故防止のための環境整備

③薬物療法に対するファーマシューテイカルケア
プレアボイド‥‥薬物療法の薬学的安全管理

スライド15

いま薬剤師に求められるもの

こういった症例を集めていて，我々薬剤師の仕事というのはなかなか国民に顔が見えない仕事という言われ方をしておりますが，1つひとつこういった定量的な職能証明をしていきたいと考えております。

まとめとしましては，おそらく今，医療のリスクマネジメントが求められているのではないかということで，薬剤師として，安全管理機能と，院内すべての薬剤使用実態の把握と事故防止のための環境整備ということで，医療事故を防止する機能が我々にあると思います。それから薬物療法に対するファーマシューティカルケアとして，今ご紹介させていただきましたプレアボイト活動を通じて薬物療法の薬学的な安全管理に努めたいと考えております（**スライド15**）。

座長　小川先生どうもありがとうございました。では，続きまして臨床工学部門から「医療機器の適正管理を目指して」と題しまして，川崎忠行先生よろしくお願いいたします。ご略歴はレジュメにございますのでご覧になってください。

②臨床工学部門…医療機器の適正管理を目指して

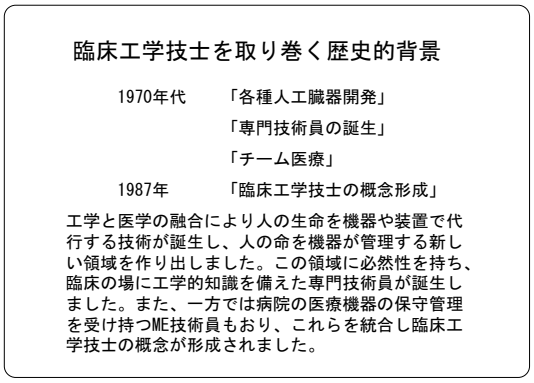
川崎　忠行

日本臨床工学技士会の川崎と申します。臨床工学技士は，医療のなかでも新しい職種ということで，多くの先生方から常にいろいろなご質問をいただいている現状です。臨床工学技士会は，つい３年前にやっと社団法人となりました。特に今の小泉内閣のなかでは，社団法人化は私どもの会だけです。公益法人の見直しで統廃合されている時代に，社団法人化できたという社会的な背景があります。

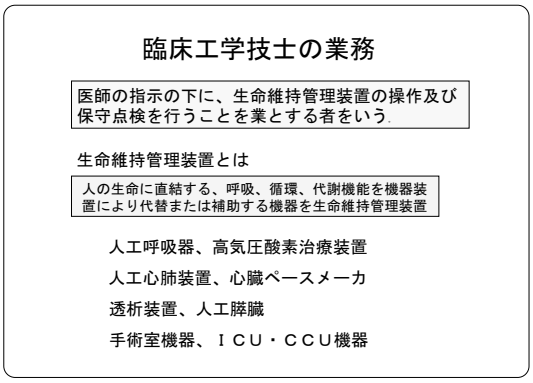
臨床工学技士の誕生背景と業務

その臨床工学技士を取り巻く社会的な背景をご説明したいと思います（**スライド１**）。1970年代に，いろいろな人工臓器が開発されました。これは工学的な部分と医学の部分を融合したということで，人工腎臓，人工心肺，ペースメーカー，人工呼吸器などができました。当然ですが，そういった新しい機械を担当する技術員が発生してきました。そこで医師，看護師のなかにそういった技術員というかたちでチーム医療が形成されてきております。1987年に工学と医学を融合した生命維持管理装置という概念ができて，そこで臨床工学技士というものが誕生しております。

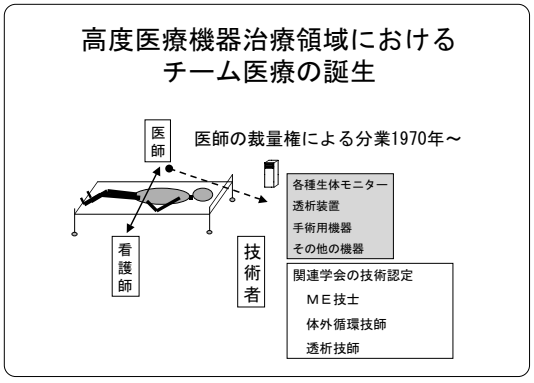
先のチーム医療ですが，基本的に医師の裁量権による分業ということで，医師の指示のもとに技術員が機械関係を操作します。治療に参画したわけですが，医療を行う場合に無資格ではいろいろな信頼性の部分がありますので，関連学会でME技士，体外循環技師，透析技師という名称を用いての認定が始まっています（**スライド２**）。



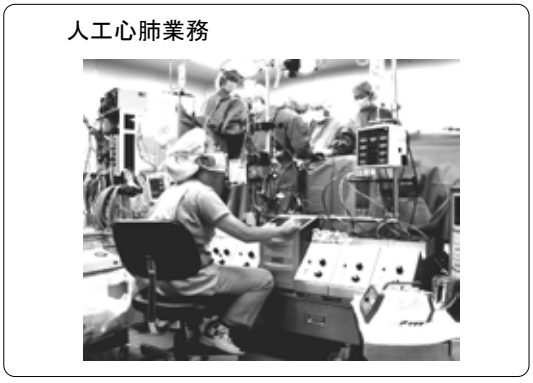
スライド１



スライド３



スライド２



スライド４

これを踏まえて臨床工学技士法ができ，臨床工学技士という位置づけがなされています（**スライド 3**）。生命維持管理装置の操作と保守点検を行うことを業務と規定しています。生命維持管理装置とは，人の生命に直結する呼吸・循環・代謝機能を機器装置で代替または補助する機器のことで，点滴ポンプ，注入ポンプなどのいろいろな医療機器をシステムとして構築して，１つの生命維持管理装置を構成する，いわゆる機器のなかで非常に上位クラスに存在するものが生命維持管理装置であると考えております。そして，それらの操作ですが，**スライド 4** は人工心肺のポンプを回している場面ですけれども，ほかに高気圧治療の機械の操作（**スライド 5**），透析の業務（これは穿刺も含めて医療補助行為ということになっています）（**スライド 6**），及び**スライド 7** のようなME室の保守点検業務があります。機械を修理したり，こうした業務は，オペ室や病院の奥のほうでの仕事になりますので，患者さまや一般の市民の方々に触れる機会がほとんどないのが現状です。

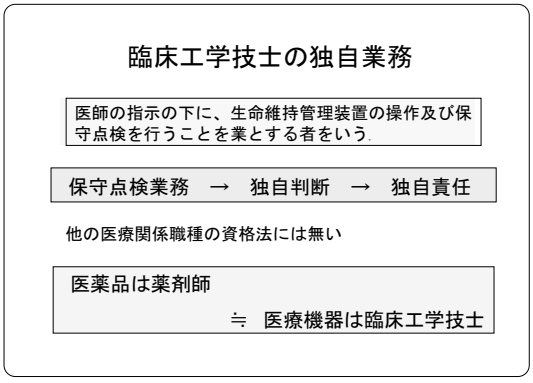
臨床工学技士の独自業務と独自責任

最近の１つの大きな流れとしまして，臨床工学技士の独自業務というものが厚生労働省から提示されています（**スライド 8**）。一般にコメディカルというと医師の指示のもとに業務をするわけですが，臨床工学技士の業務のなかで医師の指示のもとというものがかかるのは生命維持管理装置の「操作」に対してであり，その「保守点検」に関しては臨床工学技士の独自判断業務であり，当然そこには独自の責任が発生する。そして，厚生労働省の担当官もいろいろと検討した結果，医師を含めてほかの医療関係職種のなかで機器の保守点検を業とするのは臨床工学技士のみであると。モノに関していえば医薬品を薬剤師の方々が管理するということと，医療機器を臨床工学技士が管理す

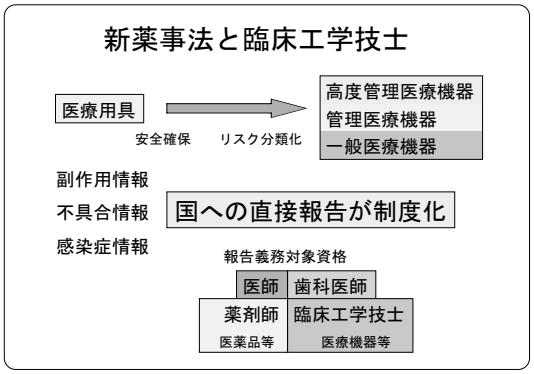
スライド 5

スライド 7

スライド 6



スライド 8



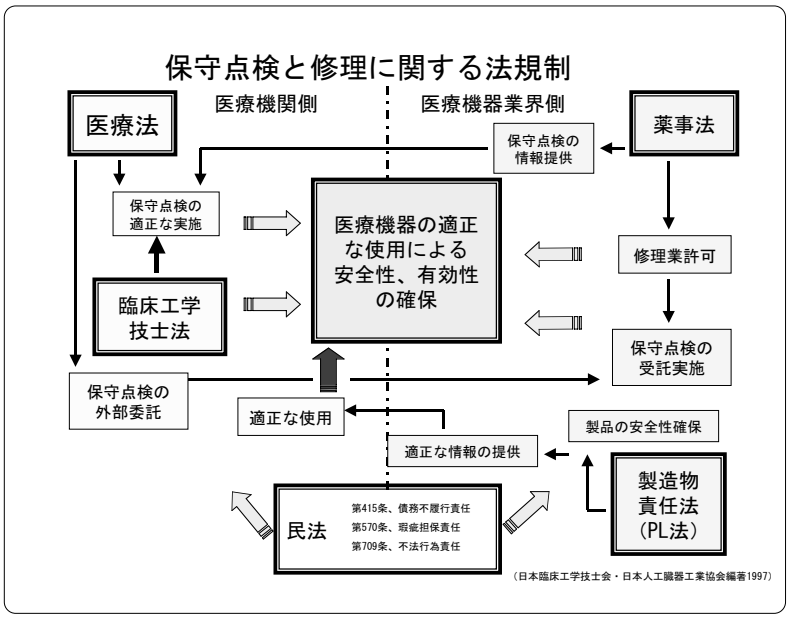
スライド9

るということは非常に近い関係にあると。なおかつ医薬品は投薬して消費されます。ところが医療機器は5年なり8年，場合によっては10年間使い続けます。ということは保守点検があってしかるべきであって，10年間点検も保守管理もしないで使えるわけがないというので，臨床工学技士にはさらに重い責任がかかってきております。

新薬事法が平成17年に完全施行となりますが，そのなかで「医療用具」という言葉が「医療機器」に変わってきています。また医療機器もリスクで分類化され，要するに危険なもの順に高度管理医療機器，管理医療機器，一般医療機器となります。心電図などは一般管理機器になりますが，そういった分類化が平成17年にスタートします。また同法のすでにスタートしていることのなかで，副作用情報，不具合情報などの国への報告義務の制度化があり医師・歯科医師・薬剤師・臨床工学技士の4職種について正式な通知が出ています。ということは，このモノに関する責任はだれが取るべきか，という厚労省の論議で医療機器は臨床工学技士が取るべきだ，医薬品は薬剤師さんが取るべきだ，という見解になっています（**スライド9**）。

医療機器の適正な使用・管理と現実の間

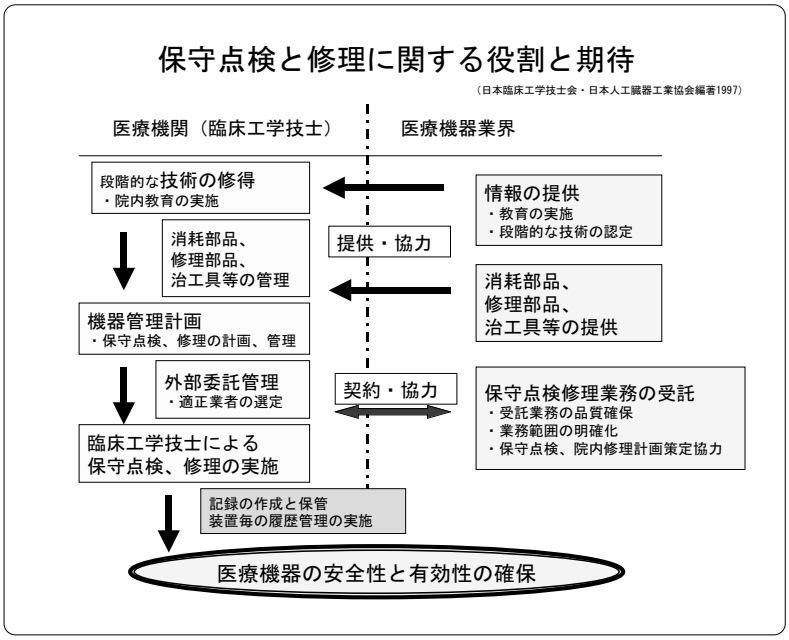
私どもの会では1997年に医療機器業界団体と連携し，本当に安全性を確保するためにはどうするのかという検討を行っています。そのなかで関係する法令，法規関係を取りまとめました（**スライド10**）が，基本的には医療法という部分があります。私どもの臨床工学技士法は医政局医事課の管轄ですから，薬剤師さんと同じように考えても私どもは医薬局関係ではなく，どうしても医療法に縛られる部分が非常に大きくなってきております。今後はまたいろいろ流れは変わってくると思いますが，こういった1つのバランスのなかに私どもの安全対策なりがあると（**スライド11**）。そして，医療機関でいちばん重要な点は適正な保守管理を実施しなければ安全は確保できない，という単純なことなのですが，それらが今までできちんと行われていたかというと非常に疑問符がつく部分がたくさんあります。保守点検は医療機関の責任であると医療法で示されていますが，医療機器の管理計画をきちんと立てる，実際に行った責任をだれが取るのかという部分で，今まで非常に不明確な部分があ



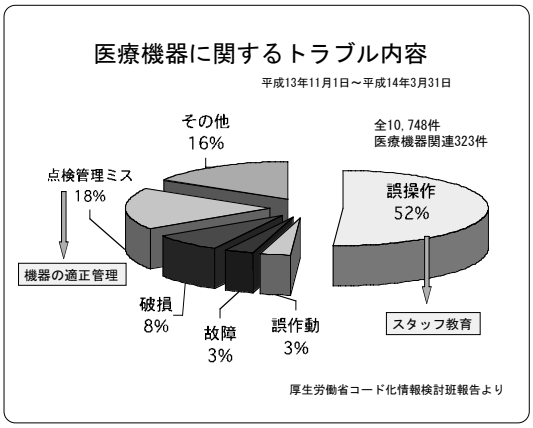
スライド10

りました。各病棟，各医局単位でいろいろな機械を購入して，各部門，部署で管理するのがほとんどの施設でした。しかし，それらをもっと合理的にきちんとやろうという気運が現在出てきています。

医療機器に関するトラブルの集計を見ますと（**スライド12**），やはり人為的な要因，誤操作が半数あります。この誤操作に関しては使うドクター，看護師さんなどにきちんとした使い方を教育・指導することが必要かと思います。それから，点検管理ミスも18%あります。機器そのものに関する部分です。こういうものは機器の適正管理という保守点検，定期点検をきちんと行っていくことが重要です。特に人工呼吸器などで，例えば実際に人工呼吸器から煙が出て燃えてしまったという事例もあります。そういった部分は点検して当たり前，ゴミや埃を掃除して当たり前なのですが，それが実際には事故のもとにつながっています。



スライド11

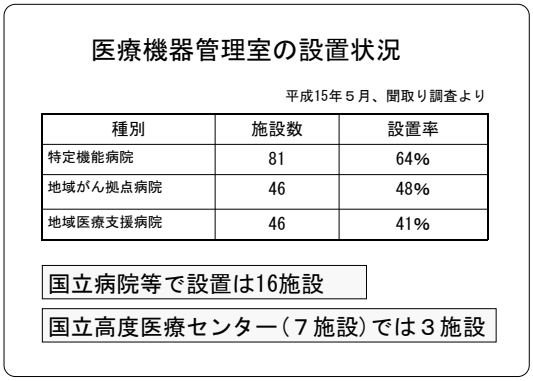


スライド12

医療機器管理室の必要性と設置への動き

このような機械を，きちんと点検管理する部屋として，医療機器管理室で一元管理するということが今叫ばれております。私どもの会で聞き取り調査をしたのですが（**スライド13**），特定機能病院でさえ64%しか医療機器管理室がありません。地域がん拠点病院で48%，地域医療支援病院で41%。この地域レベルの部分では40%～50%ということですが，国立病院では全国で16施設しかありません。国立高度医療センターでさえ３施設ということです。医療機器を一括してきちんと管理しようという意識は非常に遅れております。

ところが，平成15年の３月末に厚生労働省は



スライド13

医療機器産業ビジョン
（平成15年３月31日厚労省）

アクションプランにおける臨床工学技士の役割

- 医療機器に関する教育、研究、診療支援、産と医の橋渡しの拠点としてのＭＥ部の医療機関への設置等の促進
- 専門性の高い工学系審査官の十分な量的確保
- 適切な使用方法の徹底
- ＭＥ 部等における臨床工学技士等の医療機器の専門家の活用の推進
- 医療機器版ＭＲ資格（民間資格）の創設の検討
- 臨床工学技士会等による専門認定制度の設立等による臨床工学技士の専門性の向上
- 医療機関における臨床工学技士等の医療機器の専門家の活用を一層推進することにより、医療機器の適正使用を促進

スライド14

平成16年度より医療施設等施設整備事業に医療機器管理室がメニューに追加

医療機器管理室施設整備事業のメニュー項目への追加

ア　要求要旨　今後ますます高度化する医療の要求に応えるためには、革新的な医療機器の開発環境の整備、臨床現場への迅速な導入が重要である。その一方、患者に対する安全対策の必要性が増大する中で、医療機器の適正な使用が強く求められており、医療機関における医療機器の評価・選定・保守点検、廃棄までの一貫した管理部門を整備することが必要であることから、医療機器管理室設備整備事業をメニュー項目へ追加するものである。

イ　事業内容　医療機関において、医療機器の一貫した保守管理棟を行う医療機器管理室を整備することにより、臨床工学領域での患者に対する安全対策の徹底を図る。

ウ　補助先　都道府県（間接補助先：市町村、厚生労働大臣が認める者）

エ　補助率　１/３（国１/３、都道府県１/３、事業者１/３）

オ　対象経費　医療機器管理室の設置に必要な新築、増改築に要する工事費又は工事請負費

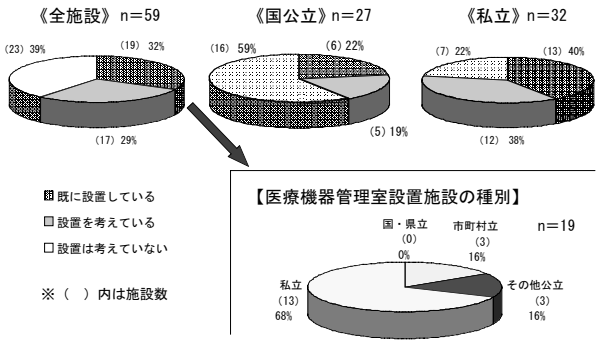
カ　基準面積　80㎡

キ　基準額　188,600円／㎡

スライド15

千葉県における医療機器管理室設置状況

200病床以上の一般病院66施設　　回答率89%



スライド16

「医療機器産業ビジョン」を公表しました。そのなかでアクションプランが出まして，臨床工学技士へのいろいろな期待がたくさん載せられております（**スライド14**）。それをかいつまんで説明しますと，要するに医療機器に関する教育から良い医療機器を開発することなどまでいろいろなことに関してME部，医療機器管理室が必要であると，各病院・医療機関への設置を促進しようということが謳われています。それから，工学系の審査官も当然必要だろうということになってきています。高度な医療機器なのに今さら，という問題ではありますが，政府が正式な文書として見解を出したのは今回初めてです。**スライド**中の適切な使用方法の徹底は，今まで徹底されていなかったのかという話になりますが。それからME部等における臨床工学技士等の医療機器の専門家の活用を推進する。医療機器版のMR資格（民間資格）を創設しよう，もっと臨床工学技士のシステムの向上を図ろう，専門制度をつくっていこう，ということで政府のほうでも動き出しています。

そして，医療機器管理室の設置促進が示されました。具体的には**スライド15**にありますように「医療機関における医療機器の評価・選定・保守点検，廃棄までの一貫した管理部門を整備する」。そして，基準面積が80㎡で基準額は１㎡あたり18万8,600円，そしてその３分の１を国が補助して，という制度が平成16年度よりスタートしました。

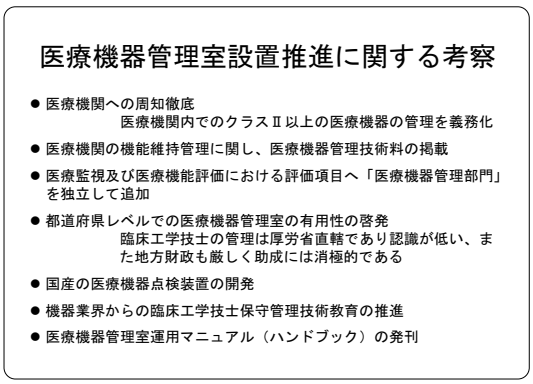
その医療機器管理室の設置状況ですが，私が勤務している千葉県の200床以上の一般病院の状況を示しますと（**スライド16**），全施設のうち「設置し

ている」が3割強，3割弱が「今後設置を考えている」，あとは「設置は考えていない」という状況です。国公立病院などでは「考えていない」が圧倒的に多くなっています。すでに設置している19施設のうち国立病院，県立病院は0でした。

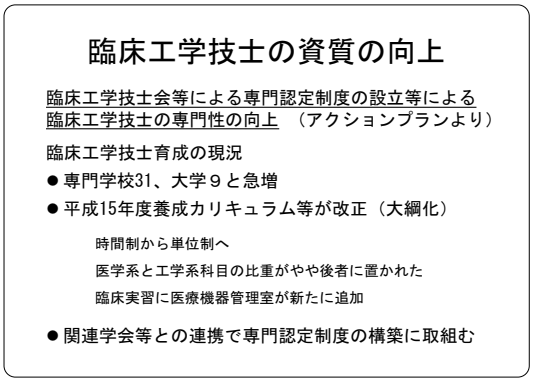
医療機器管理室設置に向けての考察と活動

こういった医療機器管理室設置の推進にあたって（**スライド17**）は今後，クラスⅡ――というのはリスク分類上の1つの国際規格ですが――そのクラスⅡ以上の医療機器の医療機関内での管理の義務化，車でさえ車検がありますが医療機器でリスクの高いものに車検がありませんので，そういった管理に関して義務づけが必要だろうと考えています。機能維持管理に関しては，医療機器管理の技術料，保険で何らかの手当がなければ推進できるものもできない，と考えています。それから，医療監視及び病院機能評価における評価項目へ「医療機器管理部門」を独立して追加し，適正な医療機器が管理されているかどうかを監査対象にすべきであると考えています。医療機器管理室につきましては都道府県レベルでの補助金も3分の1支払うということですので，その有用性を啓発していこうと。しかし臨床工学技士は厚労省直轄の国家資格で，保健所はタッチしていません。ほかの医療関係職種の多くは管理を各保健所が行っています。ということは県レベルが関与しているわけです。ところが臨床工学技士の場合は法律の制定の経過で国が直接管理するということで，そうすると臨床工学技士といっても県の医務課などではピンとこない，知らないということがあります。ですからその辺も積極的に啓発したいと思います。

そのほか国産の医療機器点検装置の開発。ちょっとした医療機器の点検のための機械は日本のメーカーで造っていませんので非常に高価なものになっています。ですから日本のメーカーにもっと頑張ってもらって，日本の臨床工学技士が中心となって，医療機器を検査する機械の開発もこれから進めなければいけない。当然，臨床工学技士個々の技術能力の教育によってスキルアップを図っていかなければいけない。それから実際の医療機器管理室の運用マニュアルが発刊できる段階になってきております。

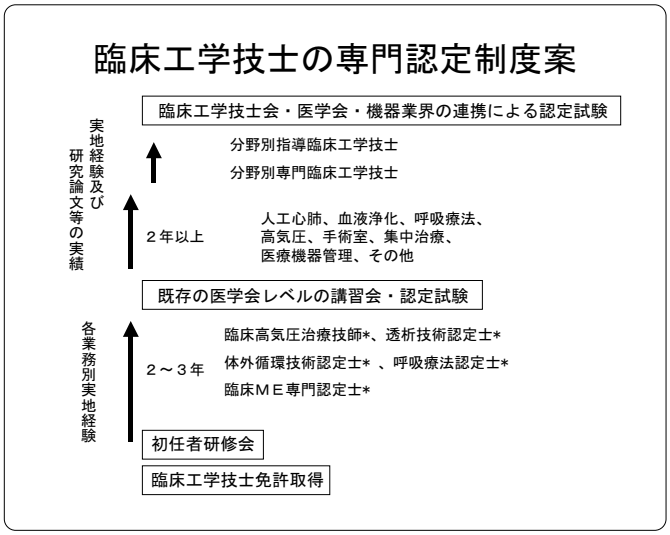


スライド17



スライド18

（**スライド18**）何はともあれ，修理や点検，機械の操作というスキル部分で臨床工学技士のカリキュラムは非常に幅が広いものです。医学系，工学系のすべてがあるということで，本来4年間の単位内でも無理だろうというのにもかかわらず，ほかの関係医療職との足並みを揃えるという厚労省の考え方で基本的に無理やり3年でやっており，非常に厳しい養成カリキュラム内容です。しかしながら大学が9校とどんどん増えています。これは，臨床工学技士になるにはルートがたくさんあり，4年制大学の場合は在学中に厚生労働大臣が指定した科目を履修していれば受験できるということで非常に窓口が広くなっています。こういったことでカリキュラムも変わってきています。現在は工学系が重視されておりますが，私どもの会

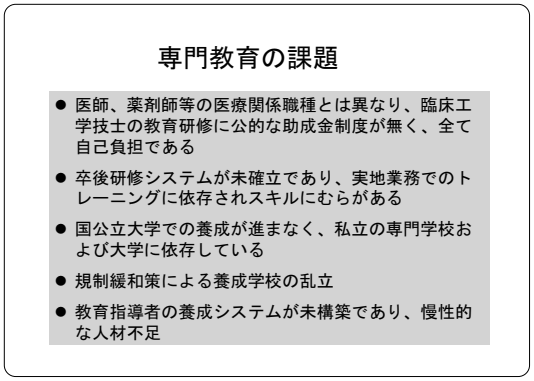


スライド19

としてはさらに専門課程を積極的に導入し資質の向上とともにより専門性の向上を図っていこうということです。**スライド19**のなかの＊のついたいくつかは実際に具体化しております。あと５年くらい先をめどにすべて揃えていきたいと思います。

今後の専門教育の課題

今後の教育の課題ですが（**スライド20**），歴史の長い医療関係職種の方々の団体には政府から専門教育なり，卒後教育，学校教育も含めてかなりの助成金が出ていますが，臨床工学技士はすべて自己負担です。国から学校に対して，卒前，卒後教育に一銭も助成金は出ていませんので，自分たちが将来伸びていくためのシステムは自分たちでつくっていかなければならないという非常に厳しい状況でもあります。



スライド20

いろいろな実地のトレーニングの問題や，国公立大学での養成が全く臨床工学技士はありません。国がつくった国家資格であるにもかかわらず，国の病院にほとんど雇用されていない，なおかつ，国立系の大学での養成はなく，全部私立の専門学校・大学に依存しております。また，規制緩和が進展して，学校がすでに乱立している状況です。乱立イコール学生のレベルの低下が懸念されています。また教育指導者の育成もほかの関係職種は政府が関与して医療研修推進財団などで行っていますが，臨床工学技士の場合は自腹を切ってやっていくという状況です。そして，教員の育成もしなければいけないということで人材不足というのも大きな問題となっております。

このように臨床工学技士というのは新しい資格で，さまざまな問題をかかえていることをご理解願うことと，医療機器の管理がこれから急速に進むという部分もご理解願って，医療の安全に何とか寄与したいと臨床工学技士会としても全力投球している次第です。ご清聴ありがとうございました。

座長　どうもありがとうございました。では続きまして，栄養部門「栄養サポートチーム稼動の現状から」という題で前田先生にお願いいたします。同じようにご略歴はレジュメにございますのでご覧ください。

③病院栄養部門…
栄養サポートチーム稼動の現状から

前田　浩史

ただ今，ご紹介にあずかりました前田と申します。私はあまりこういうところで話をするのは慣れておりませんので，どこまでうまくお話しできるか少し不安です。あと，私も昭和57年から全国病院栄養士協議会で少しお世話させていただいておりましたので，そのときの経験からお話をさせていただきたいということと，話の内容で少し今日ご来席の先生方に失礼な表現をするかもしれませんが，その点もどうぞよろしくお願いいたします。

最初に，私の主観で申しあげますと，20世紀は薬の時代であったと思います。21世紀は栄養の時代，と私は信じております。そして，治療や治癒には栄養が欠かせないことは，医療従事者ならだれでも分かっているはずなのに，このことにあまり関心を示さないのはなぜであろうかと，常に思います。

血清アルブミン値が3.5mg／dl以下の患者さんは栄養状態が非常に悪いことは皆さま方，ご理解されているはずなのに，それに対するアプローチがあまりできていない。そんな患者さんならいくらでもいると言われるのが医療の現場ではないかと思います。ある報告によりますと，血清アルブミン値が3.5mg／dl以下であれば，入院期間が7.5日長くなるという報告もあります。そんななかでそれぞれの職域，職種における私なりの皆さま方の問題点とでもいいますか，そういった現状を考えさせていただきました。

栄養士における食事提供の現状

まず，栄養士における食事提供の現状はどうかということですが，「病棟へは怖いから行かないでおこう」という方がおられるようです。今日ご臨席の先生方の施設ではそういう方はおられないとは思いますが，栄養士も経験年数が10年以上なのに病棟にほとんど行ったことがないという方は，病棟に行くことが怖い方が多いようです。また，最近はコンピューターが導入されることによって，コンピューターに何でも任せておけばいいという，間違った考え方で栄養業務を推進されている施設もあろうかと思います。そして，いちばん大きな問題かもしれませんが，「調理師に逆らうと怖いから黙っておこう」ということで手を抜くことしか考えない。調理師に従って栄養業務を推進するという方もおられるようです。しかし，頑張っている１人職場の栄養士もおります。そういった方にできるだけ先生方の施設においても支援をしてあげていただきたく思います。

例えば，栄養士会に入会させていただいて，卒後研修に進んで参加していただくということも１つの方法ではないかと思います。ちなみに大阪府栄養士会の研修会の参加は基本的には無料で実施しています。時間も土，日曜日，また夕方に仕事を終えてからという設定を常に心がけています。非営利目的の勉強会に参加させていただくのも，１つの方法かと思います。ちなみに大阪でも栄養療法研究会というものを我々有志で募っておりますが，年会費は1,000円で，あとはすべて自由参加，無料で運営しております。このようなボランティア的な勉強会も各施設で目指しているようです。もう１つ私もいろいろ勉強させていただくなかでのいちばん効率的な方法として，研究会や研修会といった発表会会場で研究発表させることも栄養士のスキルを上げるうえでは非常に有効ではないかと思います。それともう１つは，先ほども申しましたようにベッドサイドに行くことを非常にためらう栄養士が多いようです。しかし，患者さんから教えられることは非常に多くあります。そういった意味で患者のベッドサイドに行かせることも，スキルを上げるうえでは大事ではないかと思っております。

医師における食事オーダーの現状

誠に失礼なことを申しあげますが，食事，栄養

の臨床教育を受けたことがほとんどないから，知らんぷりすることはないでしょうか？　聞きますところ日本の医療教育における内科の教科書は1,000ページもあるそうですが，栄養に関することは1ページだそうですね。その内容も，栄養所要量内でこれだけの栄養があるとか，国民栄養調査の結果でカルシウムは未だに不足していたり，塩分は過剰摂取である。その程度しか触れていないということを聞きます。

先生方は日常業務も大変多忙で栄養のことを考える余裕がないから，分かっている先生でも黙ってしまっておられるということもあろうかと思います。そして，食事のオーダーは看護師さんがしてくれるから任せておこうという先生が意外と多いようです。

食事のオーダーに関しては，おそらく今日ご来席の先生方の施設においても病名別の栄養管理をされているのが普通ではないかと思います。本来，食事のオーダーは栄養素別の栄養管理をしていただくことが非常に合理的なのです。

病名別の栄養管理は実は調理場での食種は十数種類しかありませんが，各疾患に料理の軟らかさを加味することで百数十種類以上の食種ができてしまうのです。それが，栄養素別の栄養管理となると，エネルギーコントロール，脂肪コントロール，たんぱく質コントロールなど，項目は非常に少ないですが，そのなかでの成分分類が非常に多くて，いわゆるオーダーメイドの栄養管理が成り立つものです。ところが成分別の栄養管理になりますと，先生方のほうで食事の内容が理解できていないことにはオーダーができないため，日本では病名別の栄養管理が一般的となっております。こういったことも，栄養に対する認識不足の1つではないかと思っております。

すいません。ここから失礼なことを言います。

病院長における食事管理の現状

今日，川合先生が何を言ってもいいとおっしゃいましたので申します。調理師の労務管理が煩わしいから委託にしておくという考えもあろうかと思います。食事療養費から差益を取りたいから材料から調理まで委託にしとこうということです。ここで，1つお考えいただきたいのですが，調理業務を委託に踏み切られた施設の場合，3年くらいはうまくいくと思います。ところが4年目になってくると栄養課の長の方から，いろいろと問題が出てくるかと思います。最近調理師が働かなくなってきたとか，委託会社から契約金を上げてくれとか言ってくると思います。委託にするということは，調理そのものはやはり調理師が調理しますから，年々ベースアップをしなければいけないわけですが，契約金が一定である以上はしだいに無理が出てくるわけですね。その辺のトラブルはよく聞くことです。この話題に関してはこれくらいにしておきます。

それからもう1つ，これもよく栄養士さんから聞くのですが，コンピューターを導入しているた

入院患者における低栄養の頻度

著者	報告年	内科系入院患者	低栄養の頻度	外科系入院患者	低栄養の頻度
Bistrian	1974			一般外科	50%
Bistrian	1976	一般内科	44%		
Hill	1977			一般外科	40%
Hill	1977	炎症性腸疾患	50%		
Warnold	1978			血管外科	37%
Willcutts	1978			一般外科	65%
Weinster	1979	内科	48%		
Mullen	1979			腹部外科	35%
Asplund	1981	内科・精神科	30%		
Albin	1982	一般内科	22%		
Jensen	1982			腹部外科	28%
Jensen	1982			整形外科	9%
Symreng	1983			腹部外科	25%
Broden	1984			一般外科	47%
Roubenoff	1987	一般内科・外科	50%		
Mobarhan	1987			一般外科	23%
武藤ら（岐阜大）	1989	一般内科	65%		

ビジュアル臨床栄養百科vol2より

スライド1

めに，「院長が栄養士を減らそうと言っている」と言って，これも栄養士さんがコンピューターに使われている施設では多いことではないかと思いますが，コンピューターを使っているからといって，ご承知のとおり決して仕事が楽になるものではございません。コンピューターを使うことで業務内容はかなり精度は上がると思います。しかし，本来やるべき仕事を常に考えている栄養士さんにおいては，そういった分野まで手を広げることによって栄養業務がかえってハードになっている現状もありますので，コンピューターを入れたから人は減らしてもいいだろうという考え方には私は少し疑問を感じています。

患者における食事提供の現状

患者さんは病院にお世話になっている立場上，食事のことは黙っておこうとおっしゃいます。これが病院の食事の評価を低くしている一因ではないかと思っています。食べたい料理は家族に頼むとかは，私にすれば非常に情けない言葉です。まず病気を治して，栄養のある食事は退院してから，というのでは病院の食事は何なのかと常に思うわけですね。でも，こういったことを聞くのも事実です。

そんななかでも，最初に申しました入院患者における低栄養状態の頻度を過去に調べた資料がありましたので挙げさせていただきますと（**スライド1**），日本においても内科系入院患者の低栄養の頻度が半数以上の65％に達していたという岐阜大学の武藤先生らの報告もあります。今，飽食の時代といわれます。あらゆる物がいつでも，どんな時間でも我々の手に入る，そんななかでも飢餓，栄養失調，栄養障害が入院中には存在すると思います。数字を見ていただきましたように，病気で入院中の患者さんは何らかの栄養障害を伴っているということで，昔，教科書に書かれていたようなPEM（protein energy malnutrition；低タンパク質，低エネルギーという栄養状態），それから，アミノ酸や電解質のインバランス，電解質・ビタミンの不足といったことが日常起こっている

・「飢餓」「栄養失調」「栄養障害」 飽食の時代の日本で、病気で入院中の患者さんは例外。

・病気で入院中の患者さんの半数が、何らかの栄養障害を伴っている。
  ・マラスムス
  ・クワシオコール
  ・アミノ酸や電解質のインバランス
  ・電解質，ビタミン不足

スライド2

ということです（**スライド2**）。

これは1994年のアボットのデータですが，プレアルブミン値が10㎎／dl未満の患者に経腸栄養療法の介入を行ったところ未介入の患者よりも入院期間が12日間短かった，という報告があります。後ほど入院期間が短かったということは別の角度で触れさせていただきますが，尾鷲総合病院におられ現在は藤田保健衛生大学におられます東口（ひがしぐち）先生は，入院期間が栄養療法介入によって4.2日間減ったという報告もされています。

これからの病院の栄養管理

そんななかで病院の管理栄養士は今，何を思っているのかということですが，病院に勤務するかなりの管理栄養士が，患者に食事を提供するための給食管理のみでは21世紀に生き残れないことを自覚しているということです。もう危機感は分かっているはずです。これからの病院の栄養管理としては（**スライド3**），少しグローバルに見方を変えますと，まず栄養管理の中身としては管理栄養士が患者個々の食事，病状と食欲に応じた適正な

これからの病院の栄養管理

方略1．管理栄養士が患者個々の病状と食欲に応じた適正な栄養管理をする。

方略2．管理栄養士がチーム医療の一員として院内で回診、カンファレンスに参画し、栄養アセスメントを実施する。

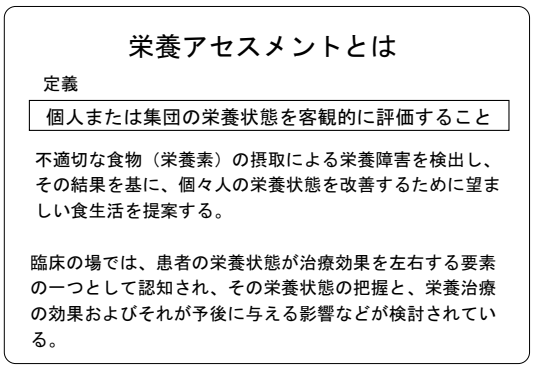
方略3．院外調理を導入する。

スライド3

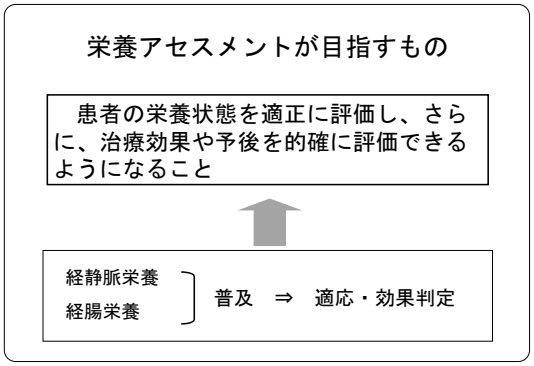
栄養管理を実施すること。これもかなり努力がいるかと思います。そして，管理栄養士がチーム医療の一環として院内で回診，カンファレンスに参画し栄養アセスメントを実施すること。栄養アセスメントは，これから我々が考えていかなければいけない非常に大事なキーワードだと思います。そして，これからの病院の栄養管理のなかで先ほど，委託という言葉，先生方もよく認識されていると思いますが，検討，また興味をもっておられるところもあろうかと思います。しかし，今は中途半端な委託業務ではなくて，もし栄養管理，患者さんへの食事の提供を徹底するのであれば院外調理を導入するというのが21世紀のキーポイントではないかと私は思います。院外調理，いわゆるサテライトシステムは最近，給食会社，またはケータリング，お弁当屋さんですね，それから航空会社などもこういったことに参入を図っているようです。

それからこれも先生方がよくご存じと思いますが，栄養アセスメントというものは最近病院でもどんどんと立ち上げが進んでいるようですけれども，誤解していただきたくないのは，栄養アセスメントとは（**スライド 4**），定義としては「個人または集団の栄養状態を客観的に評価すること」となっております。不適切な食物の摂取による栄養障害を検出しその結果をもとに，個々人の栄養状態を改善するために望ましい食生活を提案するということです。 臨床の場では患者の栄養状態が治療効果を左右する要因の１つとして認知され，その栄養状態の把握と栄養治療の効果及びそれが予後に与える影響などが検討されています。この検討されているということが１つのポイントではないかと思います。

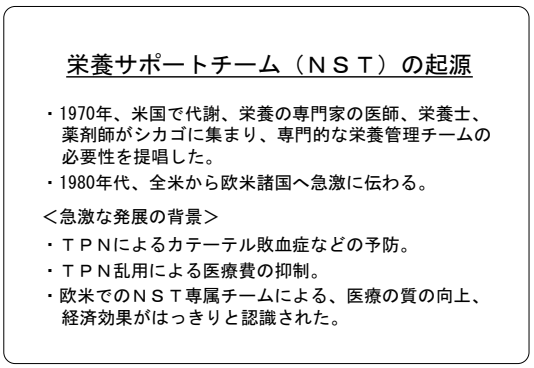
栄養アセスメントが目指すものは（**スライド 5**），患者の栄養状態を適正に評価しさらに治療効果や予後を的確に評価できるようになることです。あくまでも，臨床の場における主体は主治医，担当医です。そのため，担当医が行う栄養管理の



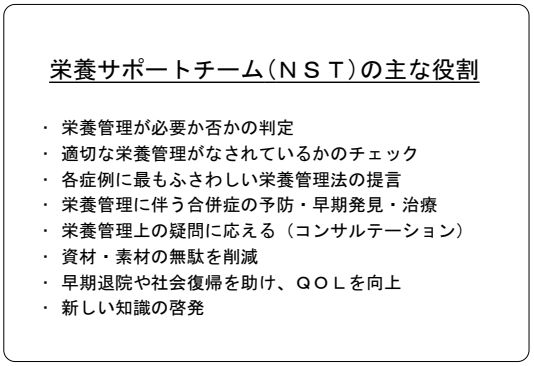
スライド 4



スライド 5



スライド 6



スライド 7

なかで，ほかにもこういう方法があるということをオプションとして提案するのが栄養アセスメントの１つではないかと思います。

栄養サポートチームの役割と効果

栄養サポートチームがNST（ニュートリション・サポート・チーム）ということで立ち上がっているようですが，その起源は，1970年にアメリカのシカゴで栄養に関する専門家が集まって論議したところ，非常にトラブルが多いことが分かった。例えばTPN（中心静脈栄養），いわゆるIVH（高カロリー輸液）等の乱用による医療費の拡大ならびに敗血症等の合併症が非常に多くみられたということで問題視され，栄養管理のチームの必要性が提唱されて，1980年頃から全米から欧州諸国へと急激に伝わったということです（**スライド６**）。先ほど言いましたようなことで急激な発展の背景があるようですが，悲しいかな日本の場合はこのNSTに対する認識が非常に低いようです。

栄養サポートチーム（ＮＳＴ）の効果
-適正な栄養管理の必要性ー

- 免疫能を向上させる。
- 合併症を起こりにくくする。
- 疾病回復を早くする。
- 入院期間が短くなる。
- 死亡率が低くなる。
- 再入院率が低くなる。
- 医療費が少なくてすむ。
- 日常生活動作が良くなりＱＯＬが向上する。

スライド８

栄養サポートチーム（ＮＳＴ）稼働状況

＜全国＞
・稼動中157件
・立ち上げ準備中　408件

＜近畿＞
・稼動中16件
・立ち上げ準備中　38件

平成16年（2004年）３月末現在

スライド９

栄養サポートチームの主な役割としては栄養管理が必要か否かの判定をするなど，**スライド７**のような役割があります。また栄養サポートチームの効果としては**スライド８**のようなことが挙げられます。このうち入院期間が短くなるということでは，先ほど言ったとおり，東口先生が，栄養療法介入によって入院期間が4.2日間明らかに短くなったことを報告されていますし，医療費が少なくてすむということで試算され，NSTの導入によって医療費が１億4,000万軽減したという報告もあります。

次に，先日，経腸栄養学会へ問い合わせたところ，栄養サポートチームは全国で157件稼動中で，立ち上げ準備中が408件あるそうです。近畿地方の場合は稼動中が16件，立ち上げ準備中が38件です（**スライド９**）。全国病院の数から見ますとかなり少ない数ですが，これもおいおい数が増えていくことを期待したいと思います。

おわりに

最後になりましたが，日本の病院における栄養管理業務は大多数が給食管理業務を主とする一方で，栄養アセスメントと適正な栄養補給による低栄養の回避が十分でなかったと考えます。現時点ではNSTの設置義務はなく，病院収益に貢献するどころか人件費で赤字になるということです。しかし，NSTのメンバーは現職員が兼務することが可能です。ほとんどすべての病院といっても過言ではないと思いますが，NSTのメンバーは兼務で運営されています。NSTが稼動することで全職員のスキルが上がり，病院の評価，信頼につながるものと考えております。以上でございます。

座長　ありがとうございます。次にリハビリ部門「脳卒中に対するリハビリテーションを中心に」に移ります。ご講演いただくのは宮井一郎先生です。ご略歴はレジュメをご覧ください。よろしくお願いします。

④リハビリ部門…
脳卒中に対するリハビリテーションを中心に

宮井　一郎

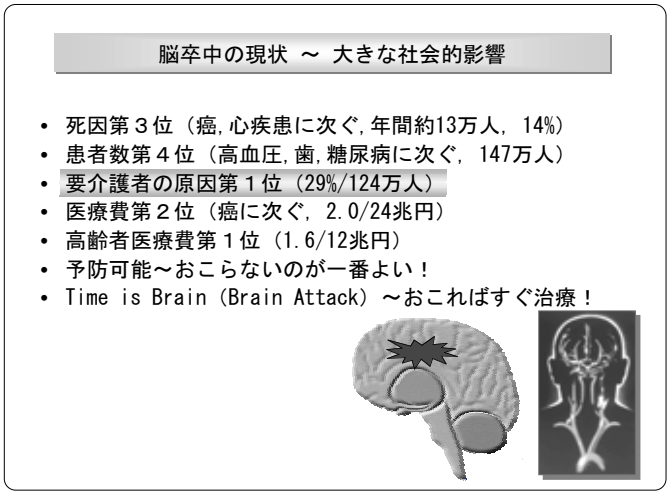
こんにちは。ボバース記念病院の宮井と申します。リハビリテーションと言いますと観念的な話が多くなりますので，私の今日のお話は，できるだけ具体的にデータを示すことに徹したいと思います。教育研修あるいは育成ということになりますと，システムが論じられることが多いのですが，私の話は実際に何をしなければならないかという具体的なことに重点を置きたいと思います。

脳卒中の機能回復の特性とリハニーズ

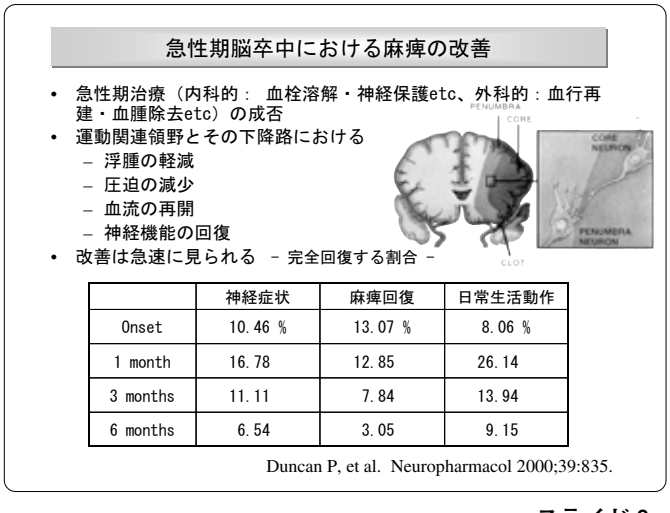
まず初めに教育研修の内容に関してですが，今回は脳卒中を中心にお話しします。脳卒中は予防ができればいちばん良いことは間違いありません。これが医療費を下げるいちばん大事なポイントです。そして，発生すればタイム・イズ・ブレインというアメリカのブレイン・アタック・キャンペーンがありましたように，すぐに治療をすることが大事です。そうすることによってでも，まだ要介護者となる原因の１位という現状は打破できていません。ここにリハビリテーションの関与の余地があるということです（**スライド１**）。

急性期脳卒中においては，実は大体３分の１～４分の１は１カ月以内に改善します。これは元々の病巣の状況とか，急性期治療の成否にかかっています。運動関連領野の浮腫の軽減や圧迫の減少，血流の再開，それに伴う神経機能の回復が起こるわけです（**スライド２**）。当然，はじめの重症度によって違いますが，軽症であったらはじめの１カ月くらいで，バーテル・インデックスという日常生活動作で見て，改善してしまう。中等症，重症になるほど，その改善に時間がかかりますが，３カ月以降も**スライド３**のような動きが少しあるということも大事な点です。したがって回復期リハビリテーションという立場ですと，程度が強くなるにしたがって発症後うしろのほうまで適応になるという考え方になります。

スライド４は当院の実際の紹介患者さんのデータですが，年間で800名弱の脳卒中の紹介があります。ちょうど平成12年に回復期リハビリテーション病棟が立ち上がり，この時点の紹介時



スライド１



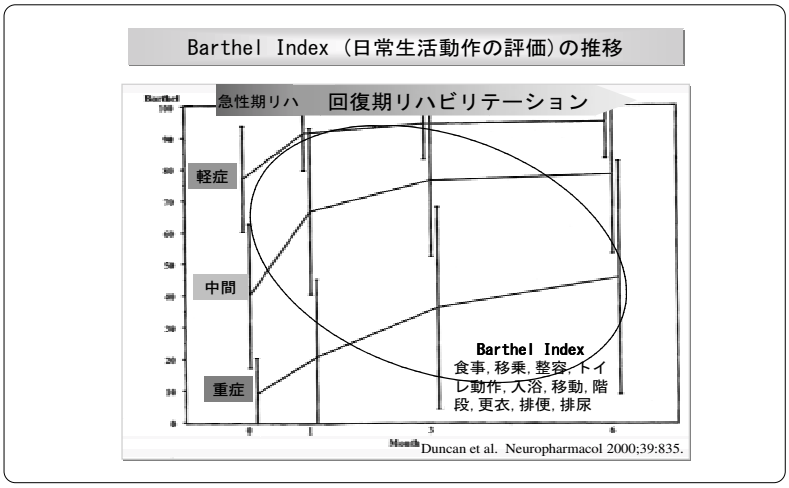
	神経症状	麻痺回復	日常生活動作
Onset	10.46 %	13.07 %	8.06 %
1 month	16.78	12.85	26.14
3 months	11.11	7.84	13.94
6 months	6.54	3.05	9.15

Duncan P, et al. Neuropharmacol 2000;39:835.

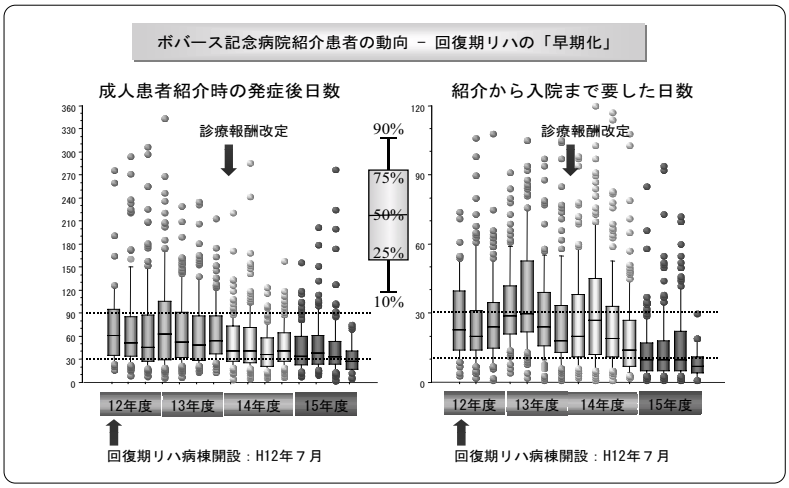
スライド２

の発症後日数の中央値が，大体２カ月くらいでしたがどんどん短くなり，中央値がもう１カ月を切っています。そして25%はもう２週間以内に来るというようなことで，回復期リハビリテーションそのものの早期化が非常に進んでいる状況です。

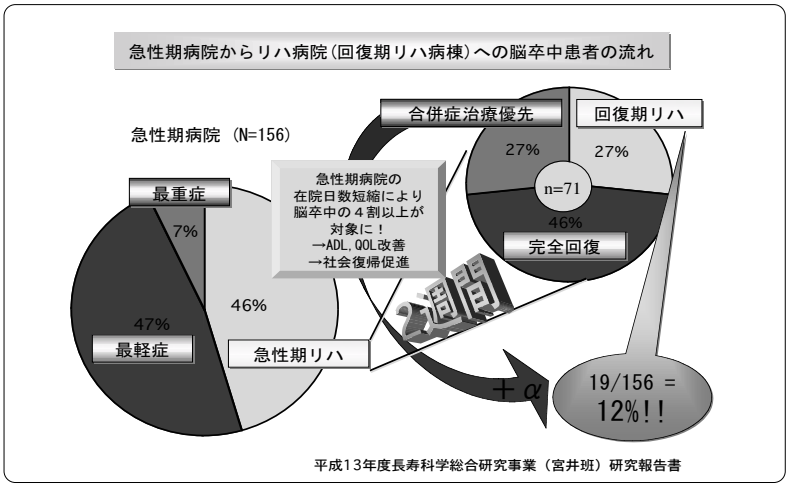
スライド５は国立大阪病院，現在の大阪医療センターとの共同研究ですが，虚血性の脳卒中156例のなかで発症時に最軽症であったのが半分ほどあります。そして10%くらいが非常に症状が重く，生命関連のインターベーションで大変であるという。残りの半分くらいが急性期リハビリということになり，２週間経ちますとまた半分くらいが完全回復する。ですから，実際の回復期リハに来られる患者さんは，全体の12%，それから合併症が落ち着いた後の12%です。両方足すと大体20～30%です。ところが先ほどのような回復期リハの早期化を考えますと，この2週間くらいで回復する患者さんも入ってきますので，急性期病院の在院日数の短縮によって脳卒中の４割ほどが対象になるということで非常に社会的にも重要になると思われます。



スライド３



スライド４



スライド５

脳卒中ユニット(SU)の有効性

FEIGENSON	STROKE 1979;10:5-8.	N=667	歩行、自宅復帰
GARRAWAY	BMJ 1980;280:1040-3.	N=307	歩行、日常生活動作
SMITH	BMJ 1981;282:517-20.	N=133	歩行、日常生活動作
STRAND	STROKE 1985;16:29-34.	N=293	歩行、日常生活動作
INDREDAVIK	STROKE 1991;22:1026-31.	N=206	歩行、日常生活動作、自宅復帰
KALRA	STROKE 1993;24:1462-7.	N=245	歩行、日常生活動作、自宅復帰
KASTE	STROKE 1995;26:249-53.	N=243	日常生活動作、自宅復帰
JORGENSEN	STROKE 1995;26,1178-82.	N=1241	自宅復帰、在院日数、生存率、費用

⟹ 脳卒中専門の多角的チームアプローチがdisabilityを改善する。

(Miyai I, Reding M, in Cerebrovascular Disease, 1998.)

スライド 6

なぜ脳卒中ユニット(SU)が有効か？

- 治療の頻度
  - -上肢でも下肢でも集中的に訓練を行った部分が、より改善する。(Kwakkel et al. Lancet 1999;354:191-96)
- 早期からのリハビリテーション
  - -発症後, 0.33 vs. 2.67 日
  - - (Indredavik et al. Stroke 1999;30:917-23)
- 専門スタッフによるチーム医療
  - -脳卒中リハ病棟 > 一般病棟
  - - (Feigenson et al. Stroke 1979;10:5-8)

スライド 7

ADL改善 (disability) の背景

(例) ベッドから椅子に移る

できない... ⟹ できる！

	impairment	
機能回復	片麻痺がある	麻痺の改善
機能代償	健側の筋力低下	健側の筋力増強
2次障害改善	膝関節の拘縮	拘縮改善
補装具	足部の内反	短下肢装具
環境改善	ベッド柵がない	ベッド柵の設置
家族訓練	介助法がわからない	介助法の習得
高次脳機能	左側を無視する	無視の軽減
意欲	やる気がない	自発性の改善

スライド 8

リハビリ部門に要求される医療の質

実際にリハ部門に要求される医療の質ということですが，**スライド 6** のようにリハビリテーションの現在のエビデンスは，脳卒中ユニットにおける脳卒中専門の多角的なチームアプローチが患者さんの日常生活動作と歩行，自宅復帰を改善するということです。なぜ脳卒中ユニットが有効かという点に関しては，治療の頻度，それから早くから始める，そして専門スタッフによるチーム医療が重要であることが分かっております（**スライド 7**）。

そして，具体的にどういうことをするかというのは，さまざまなプロセスがありまして，例えばベッドから椅子に移動するという動作が「できる」ようになる過程には（**スライド 8**），本来は片麻痺が改善するというのがベストなのですが，それ以外に健側の筋力低下や膝関節の拘縮の改善，足部の内反に対する装具，環境を工夫してベッド柵をつけることによってできるようになる。あるいは家族が訓練を受ける，あるいはもっと大きな枠組みでは意欲というようなものも関連してくるということで，ADLが良くなるためにはいろいろな背景があります。そのためにはその患者さんにとって何が問題かということを把握して，そのアプローチをすることが重要です。少し言葉を変えますと，脳卒中に対するリハビリテーション介入と申しますのは（**スライド 9**），まず環境の問題，それからいかにたくさん使用経験をするか，そして専門的なセラピストによる感覚運動刺激によって随意運動を出していくという問題があります。この辺が主に麻痺，神経障害そのものに対するアプ

ローチですが，非常に重症の場合はそれだけでは追いつかないわけです。すなわち，廃用症候群予防，それから補装具，環境調整，心理的サポート，あるいはファミリートレーニング，あるいは社会資源の活用ということが重要になってきます。この辺をバランスよく考えてあげることがセラピストの非常に難しい役割だといえます。

スライド10は当院の約2,000例のデータですが，横軸が入院時，縦軸が退院時のFIM（Functional Independence Measure），これはADLの評価ですが126点あって，中等度以上，軽介助～監視，自立の範ちゅうを枠で囲っています。すなわち，入院時に非常に重症な患者さんはなかなか自立までは行きません。そのことから，補装具使用，環境調整，家族訓練，社会資源の活用などをタイムリーにやってあげることが非常に重要になります。

脳卒中の回復曲線の重要性

回復曲線も非常に重要で，**スライド11**はカプラン・マイヤー曲線で，発症後何日目に自立歩行を獲得できるかを示した例ですが，軽症の患者さんですと，ほぼ例外なく数カ月以内にはもう完全に自立歩行は獲得できるわけです。ところが重症の患者さんでそれを待っていると，なかなか難しいということになります。ところがゴールを少し下げまして，老老介護でも十分自宅復帰可能な監視歩行，あるいは軽介助の歩行というところにエンドポイントを落としますと，重症の患者さんでも，半年でかなりの方が達成されるわけです（**スライド12**）。

つまり，今の回復期リハビリテーション病棟でカバーされる半年という

脳卒中に対するリハビリテーション介入

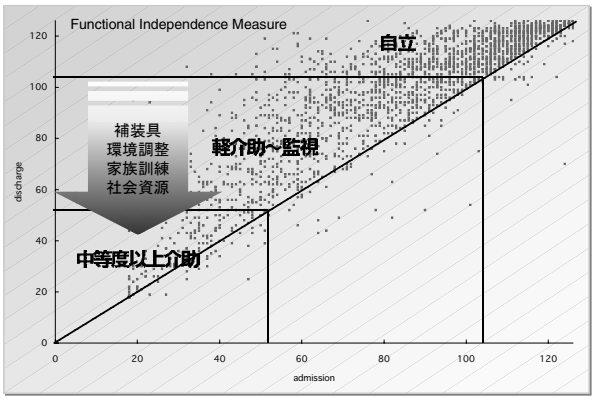
- **環境**：Enriched environment→impairment, disability → QOL
  - 多角的チームアプローチ（脳卒中ユニット）
- **使用**：ADL訓練（**task-oriented**）→impairment, disability → QOL
  - Forced use paradigm (Use dependent plasticity)
- **感覚運動刺激**→ impairment → disability, QOL
  - Neurodevelopmental technique (Bobath)，ロボット支援訓練など

Severe

- 廃用症候群予防（筋力低下，関節拘縮，耐久性低下など）→disability, QOL
- 補装具（杖，歩行器，車いすなど）→disability, QOL
- 環境調整（手すり，段差解消など）→disability, QOL
- 心理的サポート（意欲，うつ状態など）→disability, QOL
- 家族や介護者の訓練→disability, QOL
- 社会資源の活用→disability, QOL

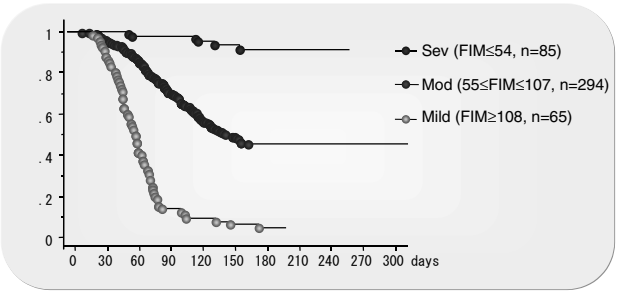
スライド 9

入院前後の FIM（日常生活動作）の変化（ボバース記念病院, N = 2, 181）



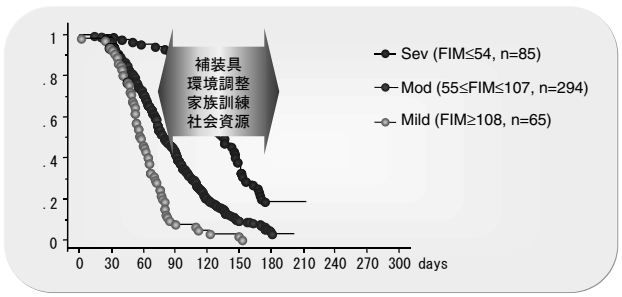
スライド10

入院リハ後，自立歩行を獲得できる確率

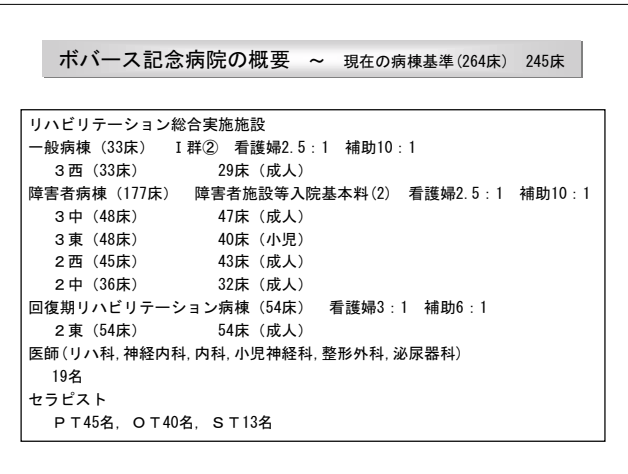


Bobath Memorial Hospital (n=444)

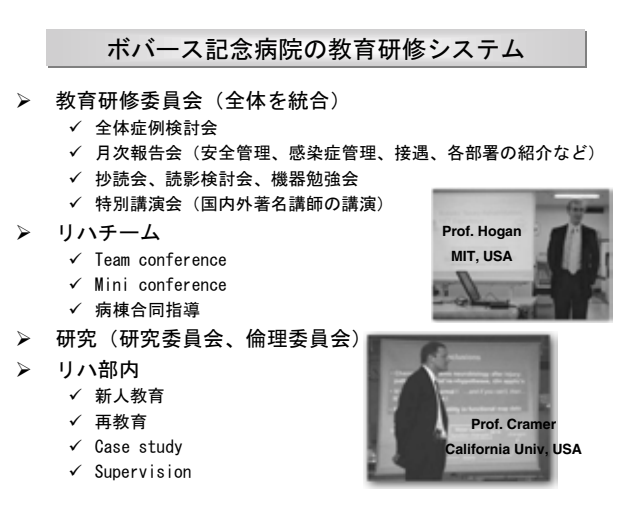
スライド11



スライド12



スライド13



スライド14

のは，あながち間違った数字ではありません。ただ，患者さんによってはやはり入院期間はカスタマイズする必要があるだろうということです。そしてもう１つ大事なことは，重症の患者さんは大体３カ月くらいまで，歩行が目にみえて改善しません。しかし，その後改善する方が増えてきます。この期間のうちに外部環境を整えることで自宅復帰が促進されます。

当院の教育研修システム

次に教育研修システムですが，当院（**スライド13**）は245床稼動しており，一般病棟が１つあって，障害者病棟も一般病棟なのですが，障害者施設等入院基本料を取っている病棟が４つあります。このなかに小児科が１つあり，大体205床が成人ということになります。回復期リハビリテーション病棟は１つあり，それから医師が19名，セラピストが非常勤を含めると105名ほどおります。つまり，普通の病院とは医者とセラピストの比率が逆なわけです。そのため医師がセラピストに何か言うには５倍大きな声で言うか，５倍まともなことを言わなければならないという現状です。このような状態でリハビリテーション中心の医療を行っております。

当院の研修システム（**スライド14**）はまず教育研修委員会，これは全体を統合するという格好で持っています。全体の症例検討会，月次報告会，これは各部門のいろいろな業務内容を学ぶとか，接遇とか，それから安全管理といったことです。抄読会，それからスタッフを世界最新の情報にさらすということで，世界の著名な講師の講演，最近ではロボットセラピーの第一人者

のMITの教授ですとか，脳機能画像の第一人者などを呼びまして講演会をやったりしています。リハチームとしましては，チームカンファレンスとミニカンファレンス，病棟合同指導，それからリハ部内のことがありますが，これは少し別に述べます。まず，**スライド15**のように，当院の教育研修会がどこで何をやっているか全スタッフに分かるように，いろいろな場所に貼り出しています。これが今月のお勧めの研修会ですので皆さん出てくださいということでオープンにしています。

スライド15

リハビリテーション部教育研修システム

- 新人教育(3/31～6/8)

  法人の治療システム、ボバース概念、正常運動、評価、治療手技、上肢と手の機能、高次機能障害、失語症、摂食構音障害、ADL、病棟での自主訓練、小児治療概念と原則、正常発達、正常発達の治療への応用、発生原因と臨床像・分類、重度痙直型、中等度痙直型、失調型、低緊張型、アテトーゼ型、姿勢トーンを調節するためのtips、PVLの臨床像、痙性の発達・短縮・拘縮、小児ギブス中の管理と治療、上肢支持・保護進展、PVLの装具・歩行器・杖、小児更衣動作、小児上肢機能、小児ホームマネージメント、小児遊び、小児視知覚・認知障害、コミュニケーションと摂食の発達、摂食機能、コミュニケーションの援助、小児病棟とリハの連携、CT・MRIの見方、訪問リハ、整形運動療法、実技（頭のコントロール、促通手技）自己管理（労災防止）
- 再教育(毎週火曜日)
- Case study(毎週水曜日)
- Supervision

	総人数	主任以上人数	回数/週
PT	45	12	98
OT	40	12	76
ST	13	3	25

- 特別講演会（国内外の著名講師を招いての講演）
- ボバースアプローチ講習会３週間・８週間（脳血管障害、脳性麻痺）、ロンドンボバースセンター上級コース

スライド16

それから，リハビリテーション部の教育研修システム（**スライド16**）では，毎年10名強の新人が入りますけども，２カ月間は画面のようなことがみっちりあるわけです。つまり，すぐに仕事に入れば当然250点の18単位で4500，つまり４万5,000円稼げます。10人いれば45万円稼げるわけですが，やはり患者さんに対する医療の質を重要視しますので，２カ月間は非常に広範な内容の教育をみっちりやって，そのうえで現場に入っていただきます。

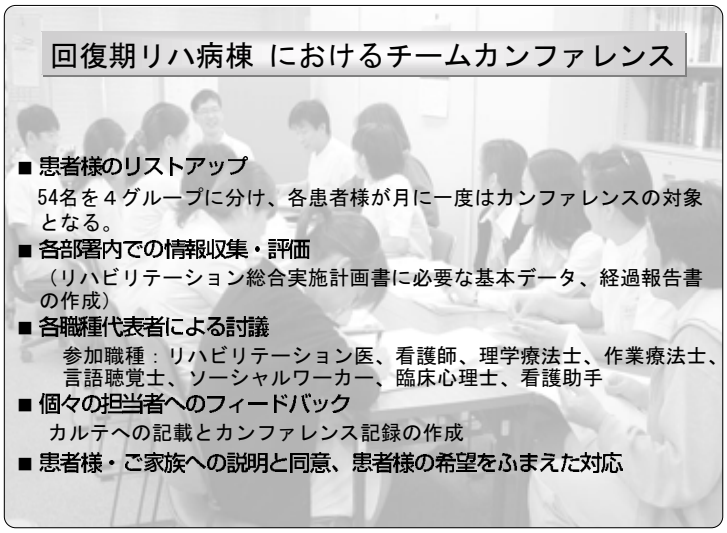
そしてその後の再教育，それからケーススタディ，それからこれは非常に大事なのですが，セラピストがこれほどいますと，やはり治療の格差がでますので，スーパーバイズというものをやっておりまして，大体PTに関しては週に98回，つまり主任以上のセラピストがその部下に対してスーパーバイズのセッションを行い，一緒に患者さんを診るということをやっています。それから先ほどのような講演会，それから対外的な講習会ということで，非常に教育の機会は豊富です。

チームということになりますと，**スライド17**のような病棟のチームカンファレンスをやっています。チーム内の連携（**スライド18**）として，病棟内で患者さんをすべての担当者が指導するとか，自主訓練の指導，退院前のリハビリテーション指

導などを行っています。

スライド19はチームから生まれたヒヤリ・ハット通信ですが，当院では大体年間800件くらいのインシデントレポートがあります。その８割が転倒で，具体的な取り組みとアウトカムを月次で画面のような格好で報告しており，非常に意識づけに貢献していると考えています。

（**スライド20**）このようなチームアプローチの意義を検証するために，当院の回復期リハビリテーション病棟を立ち上げた際に，一般のリハビリテーション病棟と回復期リハビリテーション病棟に患者さんを割り当てるのを無作為に行いました。両病棟の機能転帰に差はないのですが，重症者の自宅復帰には，チーム医療がより濃厚な回復期リハビリテーション病棟がかなり貢献してきたということが出ております。



スライド17

スライド18

スライド19

リハ病院内における回復期リハ病棟と一般リハ病棟の転帰の差

ALL	回復期リハ (n=91)	一般リハ (n=87)	FIM ≤ 53	回復期リハ (n=19)	一般リハ (n=8)
年齢	69 (11)	59 (12)	年齢	62 (13)	61 (14)
発症後日数	60 (20)	54 (18)	発症後日数*	66 (19)	57 (18)
男／女	61/30	55/32	男／女	13/6	6/2
入院FIM	86 (29)	88 (23)	入院FIM	40 (10)	44 (12)
入院SIAS	11 (7)	11 (7)	入院SIAS	5 (5)	3 (3)
ΔFIM	19 (14)	18 (15)	ΔFIM	6 (8)	10 (9)
ΔSIAS	3 (3)	4 (3)	ΔSIAS	3 (4)	3 (4)
在院日数	98 (18)	95 (17)	在院日数	101 (20)	94 (8)
自宅復帰(%)	75	71	自宅復帰(%)	47	0
医療費x10^3 /日	29.8 (1.2)	27.3 (1.7)	医療費x10^3 /日	34.5 (2.5)	32.0 (0.5)

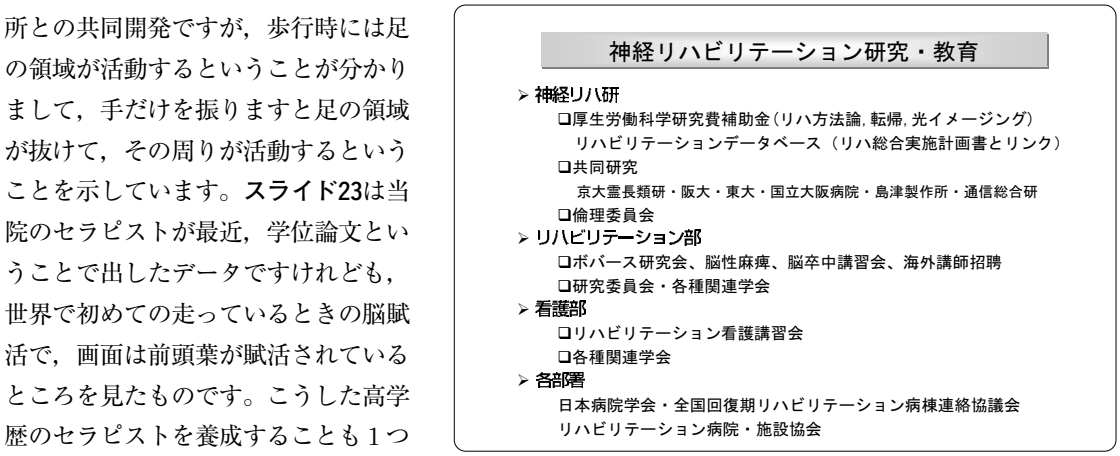
Bobath Memorial Hospital (n=178)

スライド20

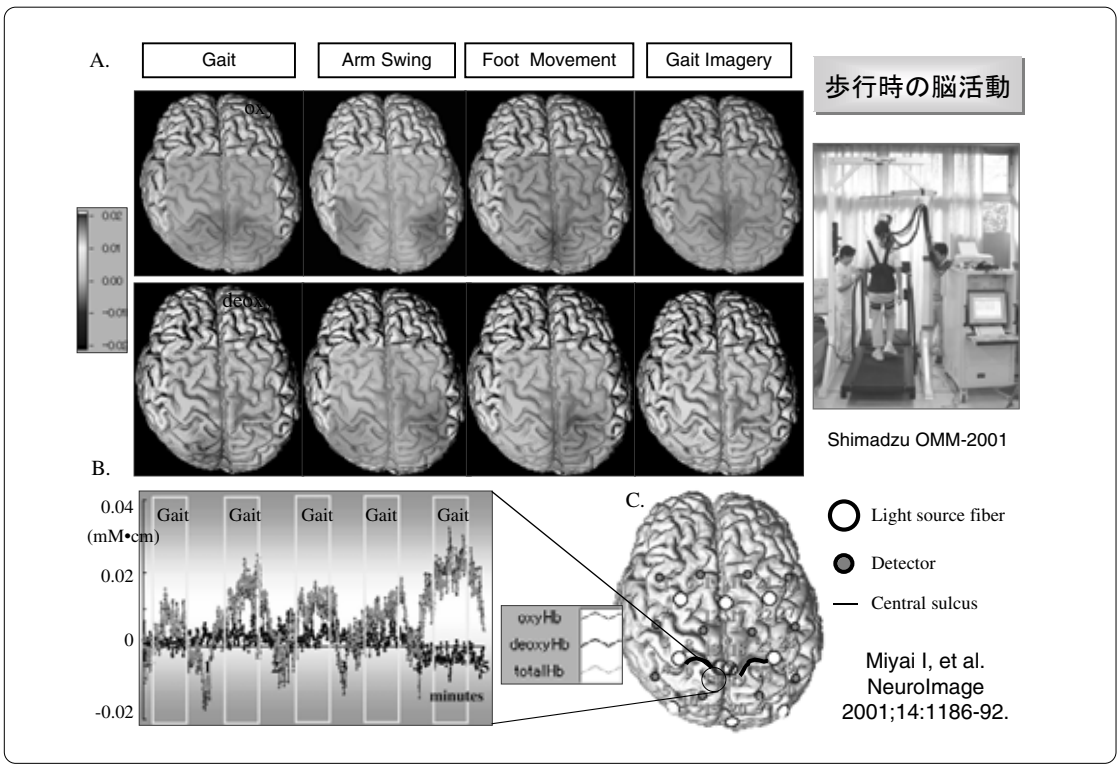
研究の重要性と私たちの成果

最後に研究ですが，自分たちの医療のエビデンスは自分たちで出していこうということで，厚労省の補助を受けて研究をやっています（**スライド21**）。

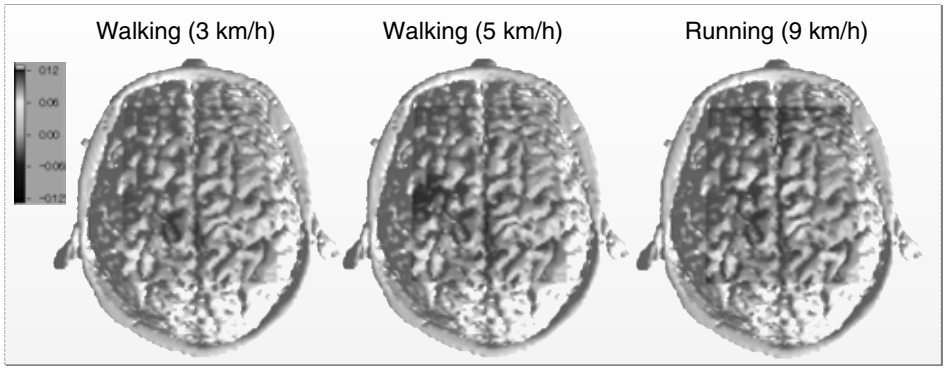
スライド22は最近，私どもが開発しました，歩行時の脳賦活を計る装置で，島津製作所との共同開発ですが，歩行時には足の領域が活動するということが分かりまして，手だけを振りますと足の領域が抜けて，その周りが活動するということを示しています。**スライド23**は当院のセラピストが最近，学位論文ということで出したデータですけれども，世界で初めての走っているときの脳賦活で，画面は前頭葉が賦活されているところを見たものです。こうした高学歴のセラピストを養成することも１つの大事な要素でして，やはり欧米ではセラピストがオピニオンリーダーとして活躍している現状もありますので，こういうところも重視して自分たちのエビデンスを出したいと考えています。次はリハビリテーションへの応用です。例えば**スライド24**の患者さんは，画面のように介助なしでは足が全く出ないのですが，普通のセラピーだと足の



スライド21



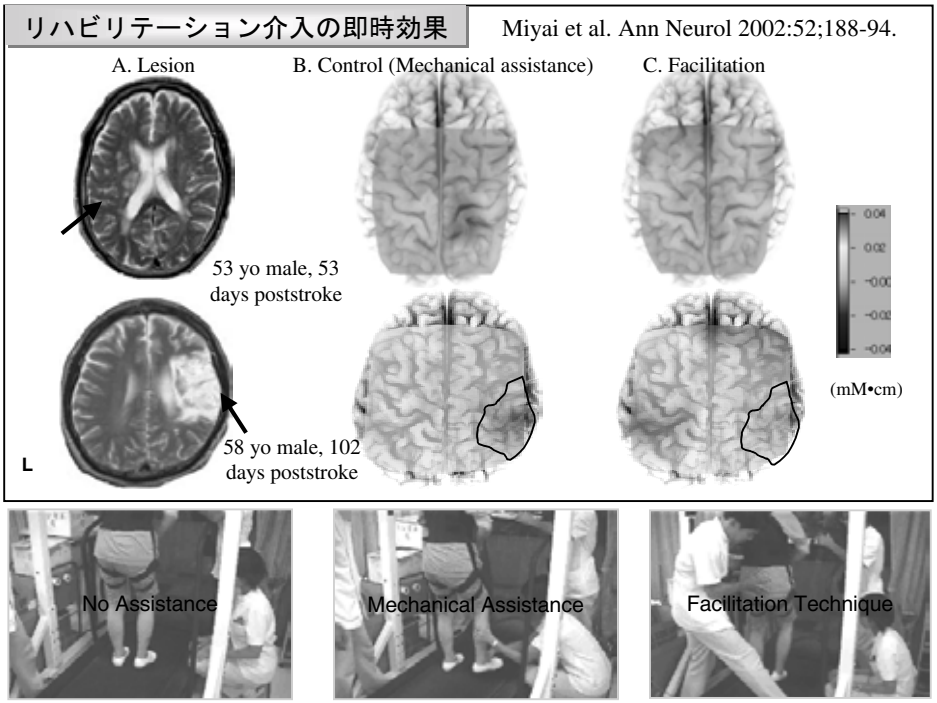
スライド22



走行時の脳活動

Suzuki M, Miyai I, et al. Neuroimage, 2004, in press.

スライド23



スライド24

振り出しを機械的に助けるような格好でやるのですが，ボバースのセラピーだと感覚刺激をやりまして，骨盤部から入力を入れることで足が出るわけです。そういったセラピーをやることで，こういう非対称な脳賦活が対称になるということを示します。セラピストがやっていることは意味があるということを証明していくことが1つの大事な動機づけになるのではないかと思います。

おわりに

まとめますと，今申しあげたような方法で，最適なリハ介入を実現するための診療，それから教育・研究体制づくりを行っています。

最後に蛇足になりますが，平成18年4月に，主体病院の大道病院と統合して新大道会病院となります。現在，森之宮に建設中です。そこのコンセプトが「病棟内にリハ室をつくる」ということで，同じ患者さんを病棟内ですべてのスタッフが同時に診ることによってコミュニケーションの質が非常に上がるだろうと考えています。場所や時間を共有するということはコミュニケーションのいちばん大事な点ではないかということで，リハビリテーションのアウトカムが非常にいいものになることを期待しています。どうもありがとうございました。

座長　どうもありがとうございました。では最後に髙森会長に「継続教育の実際」をご講演いただきます。ご略歴につきましてはレジュメをご覧ください。

⑤看護部門…継続教育の実際

髙森　勝子

ご紹介いただきました髙森でございます。昨日も日本医師会の橋本信也先生が引用されておりましたが（1月号88ページ参照），**スライド1**は私が1977年に市立豊中病院で看護部長を拝命した当時，大阪府下でトップを切りまして二八闘争，2人夜勤8日以内という闘争がありまして，ナースは労働組合をうかがって仕事をし，事務局は役所のほうを向いて仕事をし，ドクターは阪大のほうを向いて仕事をするというなかで，ある講演会に行きましたときに聞いた言葉でした。「医療は患者と共に始まり患者と共に在り患者と共に終わる」「教育のない病院は一流の仕事をしていない」。それ以来これがずっと私の頭にあり，何とかレベルアップをしていかなければいけないということで仕事をしてまいりました。

看護職員の就業・需給・養成の状況

スライド2は平成14年度12月末の全国の看護職員の就業状況ですが，116万人。職種別にはそこに書いてあるとおりですが，最後のところに看護協会入会率を示しています。准看護師の入会はとても少ないものですから除きますと，70%の入会率ということです。

スライド3は看護職員の需給計画ですが，二八闘争の当時は本当に看護師がいなくて，あちこち採用に歩き回ってもなかなか集まらないという状

《医療は患者と共に始まり
　患者と共に在り患者と共に終わる》

《教育のない病院は
　一流の仕事をしていない》

カナダの内科医
ウイリアム・オスラー博士の言葉

スライド1

看護職員就業状況

2002（平成14）年12月末現在

総　数	：	1,160,132名
保健師	：	38,366名
助産師	：	24,340名
看護師	：	703,913名
准看護師	：	393,413名

看護協会入会率：70%（准16%除く）

スライド2

況で，ちょうど1974年に第１次看護職員需給計画が立てられ，以来，今まで５次まで立てられてきておりまして，平成17年末には130万5,000人という数字で，ほぼこれは達成する見通しになっています。平成18年度以降の第６次看護職員需給見通しの作成を，平成17年には各都道府県でやらなければいけないと思いますが，厚労省では基本的な考え方を今検討中だそうです。

スライド４は看護師等の養成施設数です。平成15年度の入学定員数を挙げましたが，４年制大学と短大で162校，約１万1,000人のなかで４年制の大学が平成16年４月に120校になっておりますので約8,000人ちょっとくらいになっているのではないかと思います。あとは数字に示すとおりです。

日看協の継続教育の基準作成までの経緯

継続教育の基準作成までのもろもろの国の政策等を中心に話を進めてみたいと思います。1987年４月に看護制度検討会報告書が厚生省から出されました。中身は看護大学等の看護師養成の促進と，この時に私どもがいちばん期待しておりました准看護師養成制度の廃止につきましては，存廃の結論を得ずに両論併記ということになってしまいました。ほかに専門看護師や訪問看護師・看護管理者の育成，生涯教育の体系化，保健師資格に男性への対象拡大等の内容でした（**スライド５**）。

そのなかで，「21世紀に向かって期待される看護職者」として，**スライド６**のような内容が示されました。専門職として誇りうる社会的評価を受けるものであること。国民から信頼されるに足る専門的知識・技術を有し，社会の変化に対応できるよう自ら研鑽に努めること。患者心理について人間として感性高く受容することができる資質を持ち，問題解決のための方法等を的確に判断する力を持っていること。多くの職種と協働しながら，患者が最適な療養生活が送れるよう調整役となり，良きリーダーシップを発揮できることというものです。

看護職員需給計画

策定年	就業者数	計画予定年	必要数
1974年	387千人	1978年	489千人
1979年	507千人	1985年	663千人
1988年	778千人	1994年	935千人
計画見直し		需要数見込	
1991年	852千人	2000年	1,165千人
2001年	1,188千人	2005年	1,305千人
2005年	第６次看護職員需給見通し作成		

スライド３

継続教育の基準作成までの経過

1987年４月

看護制度検討会報告書（厚生労働省）

＊看護大学等看護師養成促進
＊准看護師養成制度存廃結論得ず両論併記
＊専門看護師. 訪問看護師. 看護管理者の育成
＊生涯教育の体系化
＊保健師資格に男性への対象拡大

スライド５

看護師等養成所施設数及び定員
学校数1,447校・64,915人

平成15年入学定員数

看護師学校大学・短大	:	162校
		11,010人
看護師養成所	:	500校
		23,482人
２年課程看護師養成所	:	370校
		15,155人
准看護師養成所	:	415校
		15,268人

スライド４

21世紀に向かって期待される看護職者

（1987年看護制度検討会報告書より）

１．専門職として誇りうる社会的評価を受けるものであること。
２．国民から信頼されるに足る専門的知識（サイエンス）、技術（アート）を有し、社会の変化に対応できるよう自ら研鑽に努めること。
３．患者心理について人間として感性高く受容することができる資質（ヒューマニティ）を持ち、問題解決のための方法等を的確に判断する力を持っていること。
４．多くの職種と協働しながら、患者が最適な療養生活が送れるよう調整役となり、良きリーダーシップを発揮できること。

スライド６

1992年には厚生省に設置された看護職員生涯教育検討会の報告書が出され，生涯教育の体系化が示されました（**スライド7**）。リフレッシュのための教育，専門性を高めるための教育，指導的・管理的立場の看護職員の研修という教育システムが示されています。

同年11月には「看護師等の人材確保の促進に関する法律」が制定され，ナースセンター事業等がここで定められました（**スライド8**）。また1995年12月には少子・高齢社会看護問題検討会報告書が出され（**スライド9**），看護大学の整備，訪問看護や高度な医療に対応できるよう看護職員の質の向上を図ること，在宅・精神看護等カリキュラムの改正（これは平成9年に改正されましたが，それまで基礎看護や成人看護，老年看護，小児看護，母性看護という形式だったものに在宅看護と精神看護が加わりました），それから看護職員の名称変更，それと准看護師養成存廃の結論が出ませんで，この時も資質の向上のためのカリキュラム改正ということで，准看教育が戦後全然変更されないまま続けられておりましたが，ここで初めて1,500時間の教育から1,890時間の教育へ変更になり，平成14年度からこのカリキュラム内容で教育が行われております。

1996年には准看護師問題調査検討会が厚生省でスタートし（**スライド10**），そこで准看護師の労働実態調査をするということで，その結果が出まして，例えば准看護師の場合は労働と学校と同時進行で，准看学校に行く人たちはどこかの施設に所属していなければいけないという教育が行われておりましたが，就労を条件づけにしないということが出されました。そこで私たちの期待することとして報告書に示されたのが，「21世紀初頭の早い段階を目途に看護師養成制度の統合に努める」ということでした。

1992年３月（厚生労働省）

看護職員生涯教育検討会報告書

生涯教育の体系化として

＊リフレッシュのための教育
＊専門性を高めるための教育
＊指導的管理的立場の看護職員の研修

以上の内容で教育方法や評価・実施期間・生涯教育のシステム化とその推進方法についての提言がなされた。

スライド7

1992年11月

看護師等の人材確保の促進に関する法律

＊看護師等の確保を進めるための基本的な指針
＊ナースセンター事業
＊都道府県に１箇所福祉重点公共職業安定所として看護師等就業促進を図る。
＊看護に親しむ活動

スライド8

1995年12月（厚生労働省）

少子・高齢社会看護問題検討会報告書

＊看護大学の整備
＊訪問看護や高度な医療に対応できるよう看護職員の資質の向上を図る。
＊在宅・精神看護等カリキュラム改正
（平成９年より在宅看護論、精神看護が入り単位制に）
＊看護職員の名称変更
＊准看護師養成存廃両論結論でず、資質向上のためのカリキュラム改正
（1500時間から1890時間に）

スライド9

1996年准看護師問題調査検討会

准看護師の労働実態調査実施
その結果を基に

「21世紀初頭の早い段階を目途に、看護師養成制度の統合に努める」

スライド10

継続教育基準作成上の理念と教育範囲

2000年６月に日本看護協会ではそれまでの経過を踏まえて，継続教育の基準を作成し，2001年からこの基準にのっとって継続教育を行っています。私ども大阪府看護協会では，2002年からこれに準じたかたちで教育プログラムを作成しております。

まず継続教育の基準作成上の理念ですが（**スライド11**），看護職者は専門職として常に最善のケアを提供するために必要な知識・技術・態度の向上を図っていく責務を負っている。看護者が能力開発を主体的・積極的に行い，社会から期待されている役割を遂行できるように，看護協会は継続教育の機会とその質を保証する責務を持つとしています。継続教育の基準作成上の前提としては，**スライド12**のとおりですので，ご参考にしていただきたいと思います。

継続教育の範囲としては（**スライド13**），新人教育，ゼネラリストの能力開発を促進する教育，特定領域のスペシャリストを育成する教育，管理者を育成する教育，教育者・研究者を育成する教育の５つの範囲となっております。

看護継続教育の基準

継続教育の基準としては，組織とその運営の側面，学習資源の側面，教育活動の側面が示されています。まず組織と運営の基準としては（**スライド14**），教育理念を明文化し責任者を置くこと。組織に教育提供部門が明示され，理念に基づき運営され，職員の職務，業務及び成果責任を明示し予算が確保されていること。教育活動は記録されデータベースに保管し，管理された記録は閲覧が可能であること。そして教育提供部門を評価する仕組みがあることとなっています。学習資源の基準としては（**スライド15**），人材に関しては看護職

2000年６月作成
継続教育の基準（日本看護協会）

《作成上の理念》

看護職者は専門職として常に最善のケアを提供するために必要な知識、技術、態度の向上を図っていく責務を負っている。

看護者が能力開発を主体的、積極的に行い、社会から期待されている役割を遂行できるように、看護協会は継続教育の機会とその質を保証する責務をもつ。

スライド11

継続教育の基準作成上の前提

1．すべての看護職者は専門職として、自らの責任において、生涯にわたって自己の能力の開発・維持・向上に努める責務を負っている。
2．継続教育に対するニーズは、社会的、専門的、個人的その他の要請により変化するものである。
3．看護職者は看護サービスの維持・向上のためだけでなく、新たな能力を開発し自らのデザインするキャリアプランを実現させる継続教育に参加する。
4．看護職雇用者はその組織で提供される看護サービスの質を維持し、向上させるために、看護職者の継続教育を支援する責任を負っている。
5．看護における継続教育は成人教育の原理にのっとって行われる。

スライド12

継続教育の範囲

1．新人教育
2．ジェネラリストの能力開発を促進する教育
3．特定領域のスペシャリストを育成する教育
4．管理者を育成する教育
5．教育者・研究者を育成する教育

スライド13

継続教育の基準

1．組織と運営の基準
＊組織：教育理念を明文化し責任者を置く組織に教育提供部門が明示され、理念に基づき運営され、職員の職務、業務及び成果責任を明示し予算が確保されている。
＊教育活動は記録されデーターベースに保管し、管理された記録は閲覧が可能である。
＊教育提供部門を評価するしくみがある。

スライド14

の人材確保（教育担当者の基準を設けるということで，実務５年以上，大学教育を修了し修士号を持つ等となっています），担当者は自己の能力向上に努める，教育部門を常に評価するシステムがあることとなっています。施設・設備に関しては，教育に必要な設備・機材・機器が整えられていること。図書情報・コピーサービス等が整備されていること。他機関のサービスが利用可能であることとなっています。教育活動の基準としては（**スライド16**），教育計画の立案・実施・評価に教育原理と成人学習の原理が用いられていること，看護の知識体系と実施が関連するものであること，教育理念に従い教育部門により作成すること，批判的思考や創造性・倫理的判断・他職種との協調に必要な能力を養うこと，プログラムの内容・方法・評価は教育目標と一貫性を持つものであることとなっており，今，これに基づいて日本看護協会がどういった教育をやっているかについてこまかくお手持ちのハンドブックに示しておりますので，ご参照ください。

２．学習資源の基準
《人材》
＊看護職の人材確保
　担当者の選出基準明記（実務５年以上、大学教育終了し修士号を持つ等）。
＊担当者は自己の能力向上に努める。
＊教育部門を常に評価するシステムがある。
《施設と設備》
＊教育に必要な設備・機材・機器がととのえられている。
＊図書情報・コピーサービス等整備されている。
　または、他機関のサービスが利用可能である。

スライド15

３．教育活動の基準
- 教育計画の立案・実施・評価に教育原理と成人学習の原理が用いられていること。
- 看護の知識体系と実施の関連するもの。
- 教育理念に従い教育部門により作成。
- 批判的思考や創造性、倫理的判断、他職種との協調に必要な能力を養う。
- プログラムの内容、方法、評価は教育目標と一貫性を持つ。

スライド16

大阪看護協会では平成16年度教育計画というダイジェスト版を作り，こういったものを各会員個々に発送しておりまして，自分で好きな項目を選んで受講するような仕組みを取っています。継続教育の課題としては，能力評価制度の導入，柔軟性のある院内教育プログラムの運用，そして就業しながら学習できる卒後教育研修の推進を図っていかなければならないということです。さらに，離職や転職した看護職への再教育をどうするかという問題，インターンシップの検討といった課題が残されていると思います。

日看協が進める看護専門教育の実際

現在，専門看護師を日本看護協会で認定しています（**スライド17**）。この認定は看護協会ですが，大学院の専門看護師教育で学んだ人たちが卒業後に試験を受けるという仕組みになっており，専門看護師の教育をしているところがだんだん増えていまして，現在，16大学で10分野の教育が行われております。課程としては56課程ということになっていますが，現在，認定をした人が74名，特定領域はがん，地域，小児，成人，精神，老人，母性ということです。

それから認定看護管理者という仕組み（**スライド18**）ですが，これは管理をする人は一定の資格を持って管理するほうが望ましいのではないかということが，看護制度検討委員会の報告書等にも出されておりまして，それを受けて日本看護協会で認定看護管理者の育成をしています。実際には，ファースト，セカンド，サードという段階別にファースト150時間，セカンドで180時間，サード270時間の教育というかたちでスタートしたのですが，それを終わった人たちが一定の試験を受けて資格を与えられるということになります。最近，大学院で看護管理を専攻してくる人が増えましたので，システムを少々変えて大学院で一定の教育を受けた人は看護管理の実務を３年した場合，受験資格を持つというシステムも出てきています。現在97名の認定看護管理者が育成されております

専門看護師（74名）

認定：日本看護協会
教育：大学院CNS教育
役割：実践・相談・調整・教育・研究
特定領域と認定者数：
がん看護・ 31名　精神看護・19名
地域看護・ 3名　老人看護・ 5名
小児看護・ 9名　母性看護・ 3名
成人看護(慢性)・ 4名

スライド17

認定看護師（1,256名）

認　定：日本看護協会
教　育：日本看護協会または認定教育機関として認められた都道府県看護協会、大学その他
役　割：実践・指導・相談
認定領域と認定者数：認定領域　15分野

救急看護	140名	WOC看護	310名
重症集中ケア	245名	ホスピスケア	101名
がん性疼痛	163名	がん化学療法	68名
感染看護	146名	糖尿病看護	57名
不妊看護	26名		

未認定：訪問・新生児集中・透析・手術・乳がん・摂食・嚥下障害看護の６分野

スライド19

認定看護管理者（97名）

認定：日本看護協会
教育：日本看護協会または大学院において管理を専攻し管理経験を経た者
役割：管理者として優れた資質を持ち創造的に組織を発展させることができる能力を有すると認められた者
認定者数：　97名

スライド18

- 2003年３月
  新たな看護のあり方に関する検討会報告書
- 2003年３月
  看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書
- 2004年３月
  看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標
- 2004年３月
  新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書

スライド20

が，このなかで大阪では17名の認定看護管理者がおります。

それから認定看護師（**スライド19**）は，例えば専門看護師を期待してもなかなか一挙には育成されませんので，それに準じる者として，日看協のほうでさまざまな検討をしまして，現場で困っている，ある程度専門的な資格を持った人たちをつくったほうがいいのではないかという領域に関して，認定看護師としての教育を日本看護協会で６カ月間，600時間行って，一定の資格を与えるという仕組みを取っています。それが今，15分野になって，実際に認定を出している領域は，救急，WOC，重症集中，ホスピス，がん性疼痛，がん化学療法，感染看護，糖尿病看護，不妊看護で，トータルしまして1,256名の認定看護師が誕生しています。この認定看護師に関しては教育機関が日看協の清瀬と神戸の２カ所，それ以外に国立看護大学校がありますが，そちらでやっているのと，今年からようやく各都道府県でその資格を有する所には教育機関として認定することになっておりまして，東京，神奈川，広島の３カ所の看護協会でスタートしております。私どもも平成17年には救急看護をスタートさせたいということで今準備中です。

おわりに

その後いろいろと厚労省のほうから報告書が出ておりますが（**スライド20**），これは看護職の場合であればぜひ内容にお目通しいただきたいというものです。「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」で裁量拡大，静脈注射が看護職の仕事として認められるもとになったものです。「看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会報告書」は，静脈注射等が看護の職務としてやらなければいけないということになった段階で，基礎教育のなかで技術教育をどうしていくかという

ことに関する報告書です。それから「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会報告書」も看護職員の卒後研修に関する内容で大事なことですので，お目通しいただければと思います。

まとめとしまして，「医療提供体制の改革ビジョン」のなかで，医療を担う人材の確保と資質の向上が重要政策として挙げられ，看護職員については「基礎教育における臨地実習の充実のための条件整備，専門看護師の養成，基礎教育期間の延長や卒後の臨床研修のあり方について制度化も含め検討を行うこと」となっておりまして，臨床現場では患者の高齢化・重症化・在院日数の短縮化等により看護業務は複雑多様化し，その質・量も変化して仕事の密度も高まっています。1988年に導入された看護配置基準２：１では医療内容の進歩や利用者の医療に対するニーズの変化等から対応不可能な状況のなかで，看護職員は仕事を続けることの限界状況にあるということを申しあげて発表を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

座長　髙森先生，ありがとうございました。シンポジストの先生方にご登壇いただきまして，質疑応答に入らせていただきます。

⑥討　　論

座長　各職能グループにおける問題点と人材育成のお話をいただきましたが，これからのディスカッションではそれらと別の話題でお話をしたいと思います。と言いますのは，個々の職能グループの人材育成というのはそれぞれのグループが英知を絞ってプログラムをなさり，実践されています。ところが，病院医療の現場でいちばん問題になっているのは平均在院日数の短縮です。実は，コメディカルの問題などについて時間さえあれば触れたい内容があったのですが，これは私の独断と偏見で言います。ドクターと薬剤師は１人で営業活動ができます。ナースは介護保険でやっと訪問看護等ができるようになりましたし，助産婦というものがあったかと思いますが，少なくともナースというのはホスピタルなんですね。そもそも欧米のホスピタルは修道院から出てきたということで，ホスピタルの基本がナースなのかな，と思います。だからアメリカではナーシング・ホスピタルという言葉を使うのかと，もしかしたら誤解かもしれませんが個人的にはそう思います。

病院での誤薬を防ぐ助けはあるか

座長　平均在院日数が短縮してきたためにいろいろな医療事故が起こります。そこでただちにナースを増員するなどという話はとんでもないことで，隣の病院からナースを引き抜いたりしては地域医療連携は崩壊してしまうわけですから，病院で行われるチーム医療に対してどう考えるかという人材育成とか教育が必要なのではないか。それから，地域連携をどう考えるか，人材育成はどうするのかといったこと。実はお恥ずかしい話ですが私の若草第一病院でも誤薬がくさるほど起こります。なぜ起こるかというと，ナースは薬学の教育を受けていないわけです。もっと極端に言えば，これは私の若草第一病院だけなんでしょうけれども，１＋１の算数はできるかもしれないけれ

ども数学ができません。だからインフュージョンポンプの薬を間違えたりとかする。そういったところは小川先生，看護部門に助けてもらえるのでしょうか。

小川　少々視点が違うかもしれませんが，今は先生方が病院で処方をされていますが，注射薬は実は処方せんではないんですね。あくまで指示というかたちです。注射薬は我々は多くの病院で外来の注射調剤，IVHをさせていただいておりますけれども，注射調剤は処方せんではなく伝票による指示です。薬剤師の立場からすれば，処方せんであってほしいと思います。したがって，処方せんによる調剤になりますと，最終投薬というかたちでミクスチャーまで含めた我々の調剤業務ということで法律上での認知となるかと思われます。そういった法的な整備も含めてやっていただけると我々もやりやすいかと考えております。

在院日数短縮で看護部門は燃え尽きるか

座長　実は私の病院の薬剤師も同じことを言います。人が足りないとか。それで平均在院日数がどんどん短縮していけば，ナースの業務は増えていく。在院日数とドクターの業務の増減はあまり関係がない。仕事が増える麻酔科のドクターとか病理のドクターがブツブツ言っていて，内科や外科のドクターは嬉々としてやっているわけです。ところが看護部門はすぐに燃え尽きたりするんですけれども。高森会長，私のこんな言い方でいいんですか？

高森　確かに大変です。入院と退院という行為にかかわる看護の時間はけっこう取られます。短縮すればするほどそういった時間が増えてきます。それと現在の在院日数短縮の傾向のなかで，私たちがよく使います看護観察の程度と生活の自由度を指標とする看護度ですが，それが以前ですと1割くらいが重症の患者さんで，あとは自立できている患者さんが多かったのですが，今では本当に手を差し伸べなければならない患者さんが3割くらいに増えているのではないかと思います。その関係で，24時間看護が継続されていることもあって，特に夜間はドクターもそこに常時いませんからナースが判断しなければならない行為が大変多いということと，薬剤に関しては新しい薬がどんどん入ってくる，にもかかわらず看護部門としてはそういったことに対する十分な情報が得られない，得ようにも時間的にとてもそういった余裕がないという状況のなかで，大卒の新人が3カ月くらいで「こんなつもりじゃなかった」と挫折するような状況が現実にあるようです。いったん資格を取って入ってきた以上は，その人たちが終生何とか仕事を続けられるような職場環境をつくっていく必要があるのではないでしょうか。

それから今，ナースを引き抜くというふうに川合先生がおっしゃいましたが，引き抜かれないように各施設でそこのナースが帰属意識を持って働き続けるような環境をつくるのは，院長先生の役割ではないかと思います。

リハ病院の「艦隊勤務」をどう考えるか

座長　私は別に引き抜くと言ったわけではなくて，引き抜くしか方法がないということです。少なくとも高森会長と私とは意見が一致するのですが，私の病院ではコメディカルの諸君とか薬剤部の諸君と意見が全く一致しません。コメディカル，薬剤部門を含めて看護部門にいったい何をしてくれるんだいという話です。

ここで宮井先生に振りますけれども，回復期リハビリテーションの一部の病院では，「月月火水木金金」という艦隊勤務のようなリハビリテーションを提供しているところもあるように聞きます。そんなことをやっていたら，確かに患者さんは短期間に元気になりますが，病院の人員はそんな勤務についていけるのですか，と。ボバース記念病院ではどうなっているか知りませんが，リハビリテーション病院の艦隊勤務という考え方について，患者さんの立場にすればいちばんいいでしょうけれども，長くて1カ月ですよ。いかがですか。

宮井　現在，回復期リハビリテーション病棟は全国に2万5,000床あります。いちばん多いのが高知で，人口10万人あたり80床ほどあります。東

京は少なく10床，大阪は22床くらいですか。大体50床くらいが適正とされています。そのなかでいわゆる土日，時間外のリハビリがだんだん増えておりまして，土曜日に関してはグループを含めまして90%の病院がすでにやっている。それからPTにおきましては祝日のリハは38%，OTで30%という状況です。日常生活動作のゴールデンアワーといわれる早朝・夕方をやっているところはまだ10%に満たないと思います。そして365日きっちりと全部提供しているのは現在４病院あります。

基本的にそういった病院になりますと，担当者制という形態そのものが崩れてしまうというのがいちばん重要なポイントで，当然その分だけ休みができますから，例えば具体的にいいますと東京のある病院では約170床に対してリハのスタッフを130擁しているといったような状況になっているわけです。今，そのアウトカムとして出ているところでは，自宅復帰率に必ずしも貢献しているかどうかというと少し怪しい。それから在院日数に関しては大体全国平均で70，うちは90くらいですが，これが果たして短縮できるかという問題になります。それに関しては先ほどデータを示しましたように，重症の患者さんにとっては，ある程度脳の機能的変化が起こる，あるいは社会的な状況を整えるのに90日以上はかかるという患者群が実際問題存在します。またその群に関して長い入院期間が無駄かというとそうではなくて，そういうことによって自宅復帰率が改善することができるというデータは持っておりますので，必ずしもリハビリテーションのアウトカムは質×量あるいは頻度だけではなく，患者さんの状態または周囲の環境を加味して考える必要があるということです。相対論としてはやはり頻度が多いほど良くなるとは言えるのですが。それが現実的に自宅復帰率に結びつくかということまでは言えない状況です。

座長　ありがとうございます。私が言いたかったのは，休日体制では看護の要員はかなり減るわけで，終日艦隊勤務みたいになりますと休日体制がとれないから看護の勤務シフトが非常に組みにくくなるということを皆さま理解いただいているのか，ということもあります。要するに，今ここでディスカッションしているのは，平均在院日数短縮で看護部門に本当にどれだけ大変なことが起こっているのかということを，我々病院管理経営者は十分理解しているのか，という提言のためです。ひどいことが起こっています。若い元気な人が，「もうこんな病院では働けない」と辞めていってしまうのが現実なんですね。それをどうやって止めるかということになると，周辺の人たちがどうやって手助けできるか，助けねばならないという教育を加えなければいけないわけです。ですから今日，先生方の自分の職能集団の教育研修・人材育成ということではなしに，チーム医療としてはどうあるべきかということをぜひとも皆さま方の職能団体も含めて，あるいは病院会も含めて検討していかなければならないのではないかと思っているわけです。止むに止まれず私の自分の意見をぶつけてしまって非常に申しわけないのですが。

医療機器関係の事故を減らす方策はあるか

座長　川崎先生のところでは，女性のナースというのは機械が非常に弱いわけですよね。それを一元管理して集中して医療事故を減らしていこうというお話なのですが，その辺について追加をお願いします。

川崎　今，チーム医療の一員としていろいろなかたちで参画していくなかで，社会的には医療機器関係事故がいちばん多いから安全対策を何とかしなさい，というのがニーズであると感じています。具体的な方法論としては，例えば各病棟を１日１回か２回，午前中と午後に技士が機械のチェックをするというラウンドもありますし，また定期的な医療機器に関した研修会を催すなどもあります。臨床工学技士がまだ全国で１万7,000人ほどしかおりませんので，いないところで大風呂敷を広げても無理な部分があるのですが，基本的に医療機器は適切な管理をしなければならない。薬剤師さんが医薬品の管理を行っているのは歴史が

非常に長いです。ところが医療機器は丸々野放し状態にあるのが厚労省もやっと分かってきて，医薬品のように，医療機器もやはり医療のなかできちんと管理し，その管理の責任体制も整えることが必要だとやっとなってきたところです。看護師さんが電源コードや機械につまづいたりいろいろなところをいじって壊したりといったことがあります。人工呼吸器の加湿用の水とアルコールを間違えて入れてしまうとか，報道で皆さまもご存じでしょうけれども，そのような部分に関して専門家はやはり専門家であって，そこで自分たちの業務領域を適正に築くことがひいては看護師さんやお医者さん，ほかの医療職の方がおのおのの領域に専念できることにつながります。専門性をお互い高く持っているということが第一原則であるし，チーム医療はドクターの裁量権で各職種を雇うなどという時代ではありません。専門性を持ち寄り各職種が自立して連携する，新しいかたちのチーム医療にこれから変わっていくと思います。私どもはまだ小さな団体ではありますが頑張りたいと思っています。

入院で飢えるのか入院前に飢えているのか

座長　ありがとうございます。私からの最後の質問ですが，前田先生，病院に入院させて飢えさせているのか，それとも入院する前から飢えているのか，エビデンスはありますか。

前田　今ここにエビデンスはありませんが，おっしゃいますように入院前からかなり低栄養で入院される方も多いかと思います。

座長　それならば病院は悪いことをしていないわけですね。実は私，先生のご発表のなかで調理師のお話がありましたが，こんな言い方をしたらまた叱られるのですけれども，カロリー計算や栄養素の計算もけっこうですが，残食率が数10%で何が計算かと。おいしく食べていただいて，それが第一ではないかと。こんなことは暴言ですが。

前田　いえ，おっしゃるとおりだと思います。大阪の人間ですから，食べてなんぼだということをいつも言うのですが，我々の業務のなかでも残食調査は非常に大きなウェートを占めておりまして，残食量から仕事が始まるのだという認識の下で教育するようにしています。

座長　ありがとうございます。私，一方的に吠えてしまったというか，いつもうちの職員が理事長はいつも一方的に吠えてばかりいると言うのですが。フロアの方でどなたか吠えられる方はおられませんか。どうぞ。

与薬や薬液混注は薬剤師業務ではない？

質問　市立豊中病院の松山でございます。川合先生がおっしゃったように，平均在院日数が14日ほどでかつての半分くらいになっています。確かにナースがもっとも忙しくなっている，全くそのとおりなのですけれども，ドクターもそれほど変わらないということはなく，例えば急性期の患者10人を受け持ちますと，１日にすべての患者には対応しきれないくらいのことになっています。そのような状態で，日本の医療事故の大半は薬の間違いでして，うちの病院でも薬を渡すところで間違えるというのがいちばん起こりやすいのです。それはナースがしているわけで，そこに対して私どもは薬剤師がもう少し関与できないかといつも言っているわけですが，先ほど小川先生がお示しになったチーム医療における薬剤師の役割のなかで，薬歴管理で終わっていてその辺の業務が入っていないですね。病院薬剤師会というところでは，与薬とか薬液を混ぜる業務は病院の薬剤師の業務として考えられていないのかということです。先ほどのスキームにも出ておりませんが，その辺を将来的にはどのようにお考えでしょうか。

座長　ありがとうございました。小川先生，鋭いカウンターパンチを返してください。

小川　先生のご質問の後のほうから答えさせていただきますが，いわゆるミクスチャー，混注ですね。多くの病院で前向きに取り組む姿勢が現在でていると思います。先ほど申しましたようにがん化学療法の外来患者さまのミクスチャーはすでに多くの病院で取り入れられていると思いますが，おそらくそういうことは病院の業務，ホスピタル

フィーとして何らかの保証がある業務です。それらについては，病院の仕事という位置づけのなかで行われているかと思います。ただ，一般のすべての静注薬に対してのミクスチャーについては，されている病院もありますし，これから予定されている病院，全く取り組めていない病院も多いかと思います。それは取りも直さず薬剤師の数ということです。我々の病院でも院外処方せんは75%くらい出ていますが，事務方から言われることは，薬剤師を減らせということで非常につらい状況です。本来，我々薬剤師の職能が外来患者さまの調剤に時間を取られており，院外処方にすることで入院患者さまへ時間をシフトすべきだったのですけれども，まずシフトをする前に人員を減らせ，という方向から入ってこられます。与薬につきましても，薬剤管理指導業務を通じて，例えば定期薬に対する配薬をしたり，臨時処方せんに関しては我々は病棟に24時間いるわけではありませんのでなかなかできかねるところもありますが，何らかのかたちで服薬指導する際に患者さまに薬の実物を示して説明すると非常に分かっていただきやすいので，できるだけそういった機会を増やしまして，与薬や配薬に関しても可能な範囲のなかでさせていただいているのが現状かとは思います。しかし，残念ながら薬剤管理指導業務を日本全国のすべての病院，病棟で行われているわけではありませんので，できるだけ機会をとらえて考えていきたいと思っています。

それから誤薬という話がございましたが，病院長の先生がたくさんおられますのでぜひお願いしたいことがあります。それは患者さまの持参薬の確認を必ず薬剤師にやらせていただきたいということです。私どもの病院でもあったのですが，ナースが行ったことで確認ミスが発生しました。非常に外観が似ている商品がたくさんありますので，そこのスタートでつまずいてしまうと危険な状況になりますので，薬歴管理の第一歩としまして確認を病院薬剤師の業務として確実に位置づけていただくことが大事かと個人的に考えております。

座長　ありがとうございます。まだまだ議論は尽きませんが，時間になりましたので本日はこれにて終了させていただきます。

日本病院会の倫理綱領

我々病院に働く者は、地域の人々の健康を守るために、限りない愛情と責任をもって最善の努力を尽くさなければならない。この使命を達成するために、我々が守るべき行動の規範を次のとおり定める。

1. **医療の質の向上**
   我々は医療の質の向上に努め、人格教養を高めることによって、全人的医療を目指す。
2. **医療記録の適正管理**
   我々は医療記録を適正に管理し、原則として開示する。
3. **権利擁護とプライバシーの保護**
   我々は病める人々の権利の擁護と、プライバシーの保護に努める。
4. **安全管理の徹底**
   我々は病院医療に関わるあらゆる安全管理に、最大の努力を払う。
5. **地域社会との連携の推進**
   我々は地域の人々によりよい医療を提供するために、地域の人々とはもちろんのこと地域の医療機関との緊密な連携に努める。

社団法人　日本病院会

病院憲章

一、病院は、社会機能の一環として、公共的医療サービスを行う施設であり、地域の人びとの健康と福祉を保証することを目的とする。

二、病院は、生命の尊重と人間愛とを基本とし、常に医療水準の向上に努め、専門職的倫理的医療を提供するものとする。

三、病院は、利用しやすく、且つ、便益を人びとに公正に分ち合うサービスを志向するものとする。

四、病院は、患者中心の医療の心構えを堅持し、住民の満足を得られるように意欲ある活動をするものとする。

五、病院は、地域医療体系に参加し、各々のもてる機能の連携により、合理的で効率的な医療の成果をあげることに努めるものとする。

社団法人　日本病院会

〈平成16年８月・大阪市〉

トピックス

何が，どう変わるのか

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 事務部長　粟井　一博
石井公認会計士事務所 公認会計士　石井　孝宜
座長：日本病院会副会長　奈良　昌治

座長　奈良でございます。小川先生，大変お人が悪くて日本病院会の副会長は何人かおりますけれども，そのなかでいちばん経済音痴の私にここに座らせたというのはどうなっているのかと思ったのですが，おそらく，これからしっかり経済の勉強をしろということではないかと思います。今回の参加者の名簿を見てみますと，80人の方が病院の事務部長さんや，事務長さんになるような方たちです。亡くなった先々代の会長の諸橋先生が私の顔をじっと見て，「病院長っていうのは少しボーっとしていてもいいけれど，事務部長がしっかりしていないと病院は潰れるぞ」と。そして，「お前のところの事務部長はなかなかいいな」と言われたのが今でも頭に残っております。私どもの病院（足利赤十字病院）の話をするのも恐縮ですが，とてもいい事務部長さんが来てくれたものですから，お蔭さまで病院は大変繁栄しました。ともあれ，今いちばん問題になっている国立病院の独立行政法人化については，私もよく分からないところがありますので，今日は粟井一博先生にその話を承ろうと思います。粟井先生のご経歴についてはレジュメにありますので，お読みいただければと思います。では，お願いいたします。

①国立病院の独立行政法人化

粟井　一博

本日はこのようなセミナーで国立病院の独立行政法人化について説明させていただき心から感謝しております。私の勤務する大阪医療センターは，この会場から，車で10分程度のところにあり，NHKの大阪放送局のすぐ前です。**スライド１**が建物の写真です。医療法病床が一般698床，急性期病院を目指しており，外来は１日に約1,200～1,300名という規模の高度総合病院です。

さて，皆さまご承知のとおり，1990年代の橋本内閣以降，官民関係の基本構造の見直しを具体化

スライド１

するべきだという取り組みがなされてきました。独立行政法人は，そのような行政改革の一環として制度設計されたものです。今までと違うのは，企画立案部門と執行機能が分離されたということです。

（**スライド 2**）以前の国立病院は，親方日の丸的という言葉で端的に呼ばれていました。その根拠は，当時，施設の運営費の約 4 分の 1，つまり25%程度が税金から補填されて運営してきたことにあるかもしれません。さらに，長い歴史を持ち，国立ブランドといった間違った幻想があったのかもしれません。

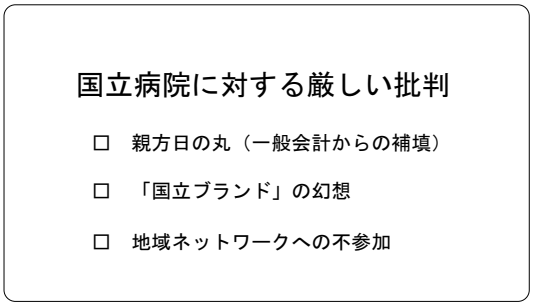
また何よりも，地域医療への参画が欠けていた，忘れていた，そういう自己本意的なところへの批判が強くありました。そういう批判に対処していこうと，当時の厚生省に国立病院部というものが設置されました。

国立病院部の仕事ですが，平成 5 年くらいから，4 つの柱というものがいわれました。1 つは経営・運営改善を積極的にやろうということ。2 つ目は病院の再編成です。民間を含めた病院への経営移譲，また，近隣にある病院の統合といった再編成を行ってきました。3 つ目に，病院運営のなかで人というのは非常に大切ですが，労務管理上の問題も多くあり，適切な労務管理の構築がなされてきました。最後の 4 つ目には，政策医療の推進です。これらの 4 つの事業を中心に改善が図られてきました。このような努力はなされてきましたが，しかし，残念ながら国立病院に対しての外部からの批判が継続されて，評価には至らなかったという経緯があります。

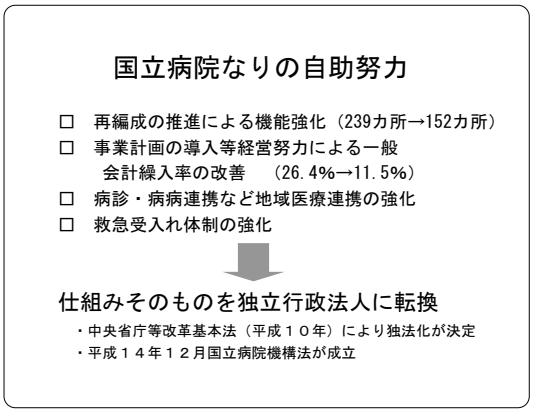
結果として，今日の主題になりますが，平成10年の中央省庁等改革基本法で独立行政法人に転換することが決定されたわけです。そういった背景があり，平成16年 4 月に独立行政法人が始まったわけです（**スライド 3**）。

独立行政法人とは何か

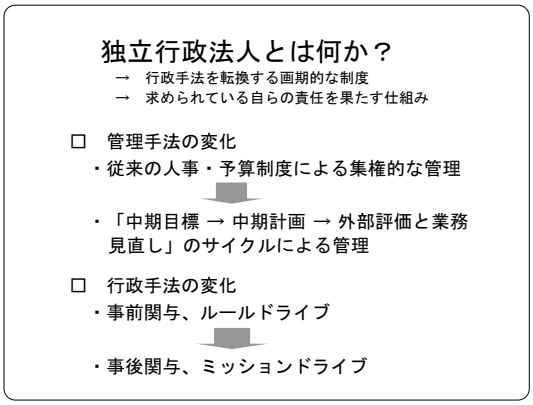
では，その独立行政法人とは何でしょうか（**スライド 4**）。一言ではなかなか言い表せませんが，



スライド 2



スライド 3



スライド 4

管理手法からみると，独立行政法人は，従来国立であったがゆえに，人事と予算制度が集権的な管理だったわけです。また，行政の事前関与，つまり管理統制型で動いてきました。それをミッションドライブ――機能，さらにニーズを重視したかたちによるものに改めようという行政手法上の変化があります。

それから，何より大切なことは，中央省庁から

の管理ではなく，自己責任による管理に改められたということです。つまり，医療サービスの質，さらに皆さま方が日々熱心に取り組んでおられるサービスの提供方法について法人に委ねられました。このように自己責任による管理が取り入れられるようになったことは非常に変わった部分です。したがって独立行政法人化は，官の業務を民の仕事をもって，効率化を目指して取り組もうといったところは行政手法の変化といえます。

国立病院機構の規模と理念

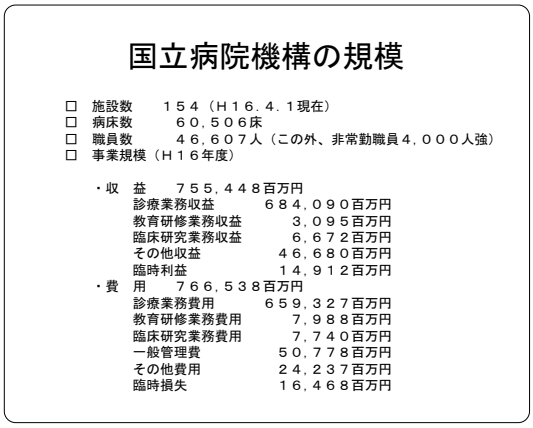
（**スライド５**）次に国立病院機構の規模がどのように変わったのかといいますと，再編成で，相当の病院数が減りました。平成14年度で全国の病床数は164万床といわれますが，当機構の規模は６万床で全体の４％弱の規模です。職員数は４万6,000人，また，週40時間勤務の賃金職員という制度がありましたが，それを短時間の30時間勤務に修正しました。それらを含め，平成16年現在，全国で約５万人の職員数になっています。

事業の規模は**スライド５**に示すとおり，平成16年度の収益が7,554億円，そして費用が7,665億円です。平成16年度の中央規模の収益，費用の数値を見ますと約100億の赤字で，非常に厳しい財政事情でのスタートとなっています。独立行政法人の予算は国の予算とは違います。国の予算の場合は収入，支出について現金の支出は担保されています。しかし，ここに表した数値は見積もりであり，キャッシュベースの補填といったものはありません。したがって収入を上げなければ，すでにある100億の赤字すら克服できないという状況でのスタートで，予算的にはここが大きく違っています。

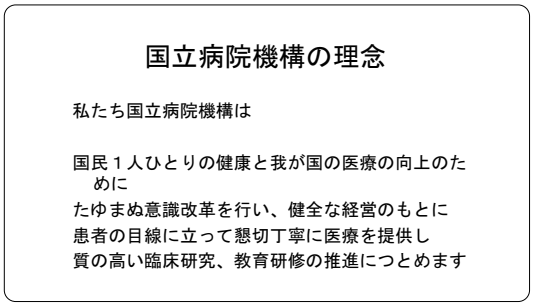
スライド６は国立病院機構の理念です。どこの病院・事業体でもすべて理念を持ちながらやっておられますが，ここに挙げたのが当機構の理念です。これは病院を運営するにあたって非常に大切なものですが，機構として，対外的にこのような理念を持ってやるという宣言と，内部の行動規範としての理念の２つの性格から，この理念が成り立っていると理解しております。

このポイントを申しますと，医療向上のための意識改革，そして健全な経営，何より大切な患者さまの目線に立った懇切丁寧な医療，さらに質の高い臨床研究，教育研修の推進です。非常に欲張りではありますが，診療と研究と教育といった大きな３つの観点からこの理念は成り立っています。

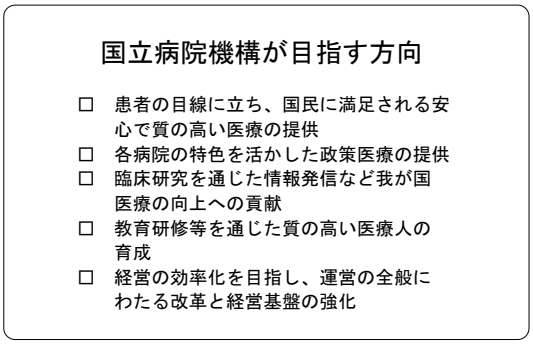
スライド７は国立病院機構が目指す方向についてまとめてありますのでお読みください。



スライド５



スライド６



スライド７

機構としての医療提供のコンセプト

次に，機構としての医療提供のコンセプトについて触れさせていただきます。平成13年９月に厚生労働省が出した21世紀の医療提供の姿があります。次にこれからの医療経営のあり方の検討というのが平成15年３月に示されています。そしてさらに，医療提供体制の改善ビションが平成15年８月に出ています。機構の医療提供のコンセプトは，ほぼこれらに沿った中身になっています。

コンセプトの１つは満足の医療です（**スライド８**）。セカンドピニオンの推奨ということでこれを積極的に取り組んでいこうということです。ある施設ではすでに４月から取り組んでおります。そして，最初の反省点でもありましたが，病診連携などの地域に根差した医療も非常に大切なことです。２番目は安心の医療です（**スライド９**）。リスク管理の強化とか，最近いわれている救急医療，小児救急を含め，そういったものの充実・強化があります。３番目は質の高い医療ということです（**スライド10**）。チーム医療が叫ばれて相当年数が経ちますが，クリティカルパスを活用したチーム医療も，当機構ではあまり充実していなかったという反省点です。そして政策医療ネットワークの活用やナショナルセンターとの連携，大阪府には循環器病センターがありますが，こういったナショナルセンターとの連携によるEBMの推進があります。臨床評価指標も年度ごとに公開していくといった中身になっています。４番目にわが国医療の向上への貢献があります（**スライド11**）。政策医療についても（**スライド12**），ナショナルセンターを頂点とするネットワークを150数カ所で組んでおります。こういった４つのコンセプトに向かって，１つひとつ努力していくことになっております。

組織運営のコンセプト

次に組織運営のコンセプトですが，中期的には３年ないし５年，現在でも３年の気持ちで危機感を持って動いています。改善するこまかな内容に

（１）満足の医療

- □ 分かりやすい説明と相談しやすい環境づくり
- □ セカンドオピニオンの推奨
- □ 医療の提供に当たっての患者の価値観の尊重
- □ 重症心身障害や難病等の長期療養者のＱＯＬの向上と在宅支援の推進
- □ 病診連携等の地域に根差した医療

スライド８

（２）安心の医療

- □ 各病院の倫理委員会（ＦＲＢ）、治験審査委員会（ＩＲＢ）による医療倫理の確立
- □ リスク管理の強化
  ＝専任リスクマネージャーの配置
  ヒヤリハット事例分析の推進
  院内感染対策の推進
- □ 救急医療等の充実

スライド９

（３）質の高い医療

- □ クリティカルパスを活用したチーム医療の推進
  →平均在院日数の短縮、医療の標準化、患者に分かりやすい医療の提供にも資する
- □ 政策医療ネットワークの活用やナショナルセンターとの連携によるＥＢＭの推進
- □ 臨床評価指標を活用した具体的な数値目標による評価の導入
  （クリティカルパス実施数、患者満足度調査等）
- □ ナショナルセンターを含めた国立病院を横断する医師のキャリアパスづくり
- □ 専門看護師の育成を含む看護師のキャリアづくり

スライド10

（４）我が国医療の向上への貢献

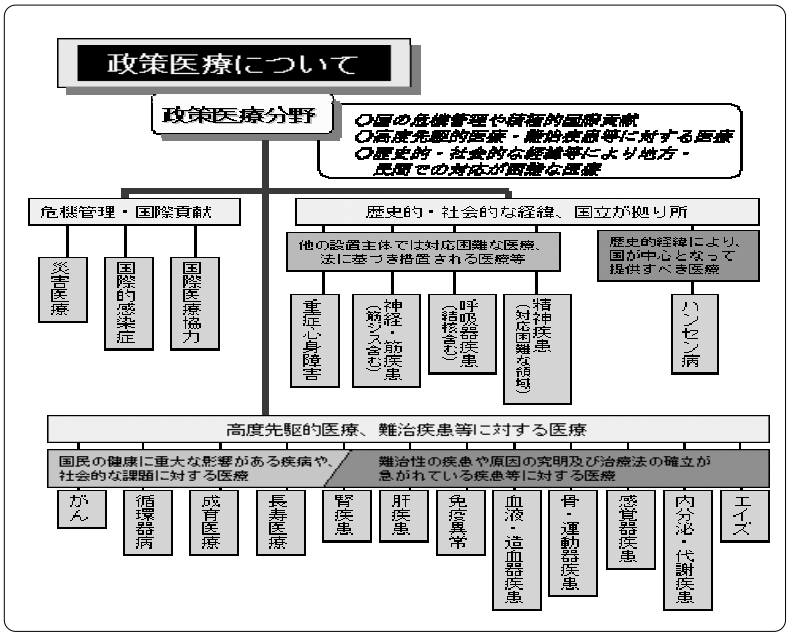
- □ 臨床研修医、レジデント制度などを活用した質の高い医療人の育成
- □ 政策医療ネットワークを活用した、evidenceの形成のための臨床研究の推進とその成果の情報発信
- □ 国立病院のネットワークを活用した迅速で質の高い治験の推進
- □ 病院の個性を活かした高度先端技術の開発とその臨床導入

スライド11

ついては，**スライド13～17**のように項目を据えております。

職員の身分については，独立行政法人のうち業務の停滞が起こった場合，国民生活や社会経済の安定に直接かつ著しい支障を及ぼすといったものについては，この独立行政法人のなかの特定独立行政法人ということになっています。この特定独立行政法人は，職員の身分は国家公務員型ということです。すでに平成16年４月からは文科省の国立大学が独立行政法人になりましたが，この場合は特定独立行政法人でありません。公務員型ではない身分の保障ということになっています。職員の身分が国家公務員型になったことが本当に良かったのか悪かったのかは５年後に出てきます。というのは職員の身分，身分保障などが変わっていませんが，運営形態については相当変わっています。それらが５年後の評価に大きく出てくる部分ではないかと思います。

医療機器や建物整備も各病院で相当の投資が必要ですが，今までは陳情型・要



スライド12

（１）効率的・安定的な財務運営

- □ 事業の効率化、企業会計原則に基づく収支相償化、総人件費抑制・人件費比率引下げ等の視点に立った財務運営の実施
- □ 病院ごとの区分経理及び部門ごとの月次決算の実施による各々の財務状況の早期把握

スライド13

（２）効率的・弾力的な組織・人事・職員配置

- □ 各部門の職責を明確化しつつ、院内の組織立てを弾力化
- □ 病院長の運営方針を反映できる人事制度の導入
- □ 副院長の組織上の位置づけ及び職責の明確化
- □ 複数副院長制の導入と特命副院長の医師以外からの登用
- □ 組織・運営の形態を見直し、常勤職員と短時間非常勤職員による効率的な職員配置の実現
- □ 経営企画機能を重視した管理部門の再編

スライド14

（３）実績重視の給与制度

- □ 経営実績や職員の業績・能力を的確に反映する給与制度
- □ 職務給の原則に立った給与制度給与の年齢カーブの調整、年俸制の導入等
- □ 基本給と業績給等の適切な組み合わせ経営実績や職員の業績を反映する業績手当等

スライド15

（４）質の高い看護師等養成

- □ 看護師等養成所を再編成・重点化し、専任教員の集約による質の高い養成

スライド16

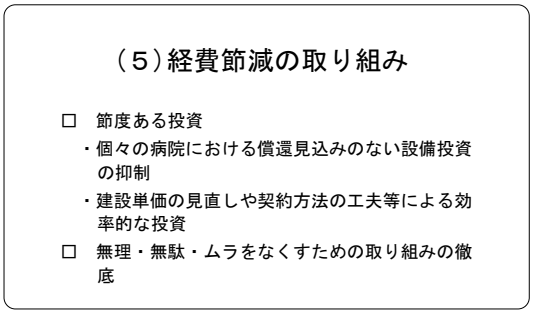
望型といいますか，予算セットされた国の予算の枠組み内で医療機器などの整備がなされてきたというのが現状でした。それを投資活動，採算性を考慮した投資ということで，これについても自己責任のなかで投資効果があるかどうかを見ながら，整備を行っていくというふうに変わっています。冒頭に申しました約100億の赤字の状況からの出発です。したがって平成16年度については，原則的には建物整備は新たに行いません。

特に申しあげておきたいのは病院長の権限強化です。今までは本省等からの指導型になっていました。それを自己責任でということになりました。病院長の権限というのは人事，予算を含めて相当の権限が変わってきたということで，これからは院長先生の活躍の場ができてきた。しかしこれには責任も伴いまして，現状では非常に厳しい運営ですから，どちらかといいますと責任だけが先行して動いているといった状況があります。

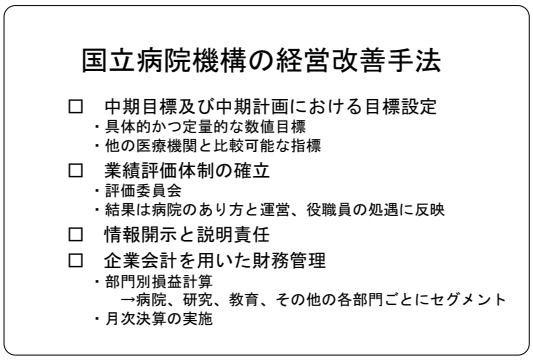
スライド18には，そういった国立病院機構の経営改善の手法を整理しております。

運営に関する国の支援について

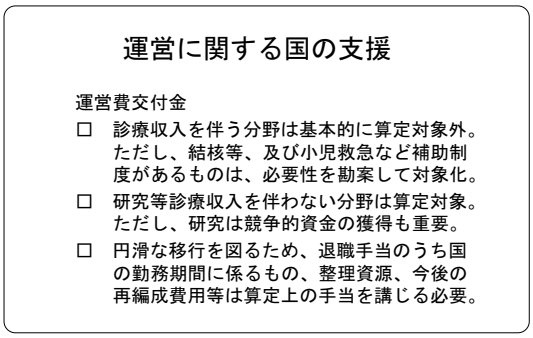
次に，運営に関する国の支援，運営費交付金について説明しておきたいと思います（**スライド19**）。独立行政法人は一般的には独立採算制を前提とはしていません。しかし，先ほども申しましたように自己責任でリスクを全うしていくということ，つまり独立採算型だということです。具体的には，国からの財政措置，一般的には補助金制度というのがありますが国の組織には補助金はありませんので，運営費の交付金，これは一般的な補助金に代わるものですが，そういったものが一部セットされています。これは総費用の約７％程度で，冒頭に申しましたように約４分の１の運営交付金を一般会計から繰り入れを受けながら運営してきた経緯があります。それを努力し，独立行政法人移行前には約12.3%になっておりました。それが一気に７％の運営交付金ということになりました。診療収入を伴う分野は基本的に算定対象外で，この７％についても，結核または小児救急，



スライド17



スライド18



スライド19

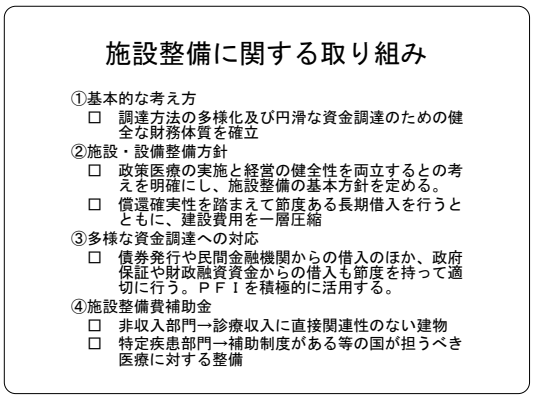
救命救急といった，必ずしも結核病床など患者数の病床だけを確保しておくということではなく，緊急事態に備えて一定の病床数は確保しているわけで，そういう中身についてはこの運営費交付金が，本当に一部ですがセットされたということです。

そのほかには，施設整備費の補助金が平成16年度で見る限り総費用の0.7%程度です。したがって，本当に医療がたちまち困るような整備ですらなかなか運営・整備できないのではないかと思います。この施設整備費に対する補助金というのは，

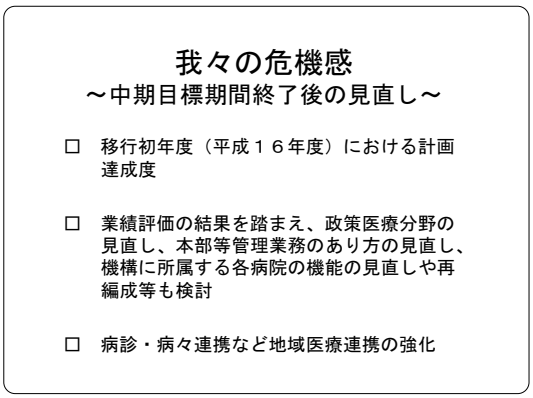
公債発行対象経費というのがありますが，それに相当するような経費を独立行政法人に補助しようといった中身です。**スライド20**に施設整備に関する取り組みを示しております。

ま と め

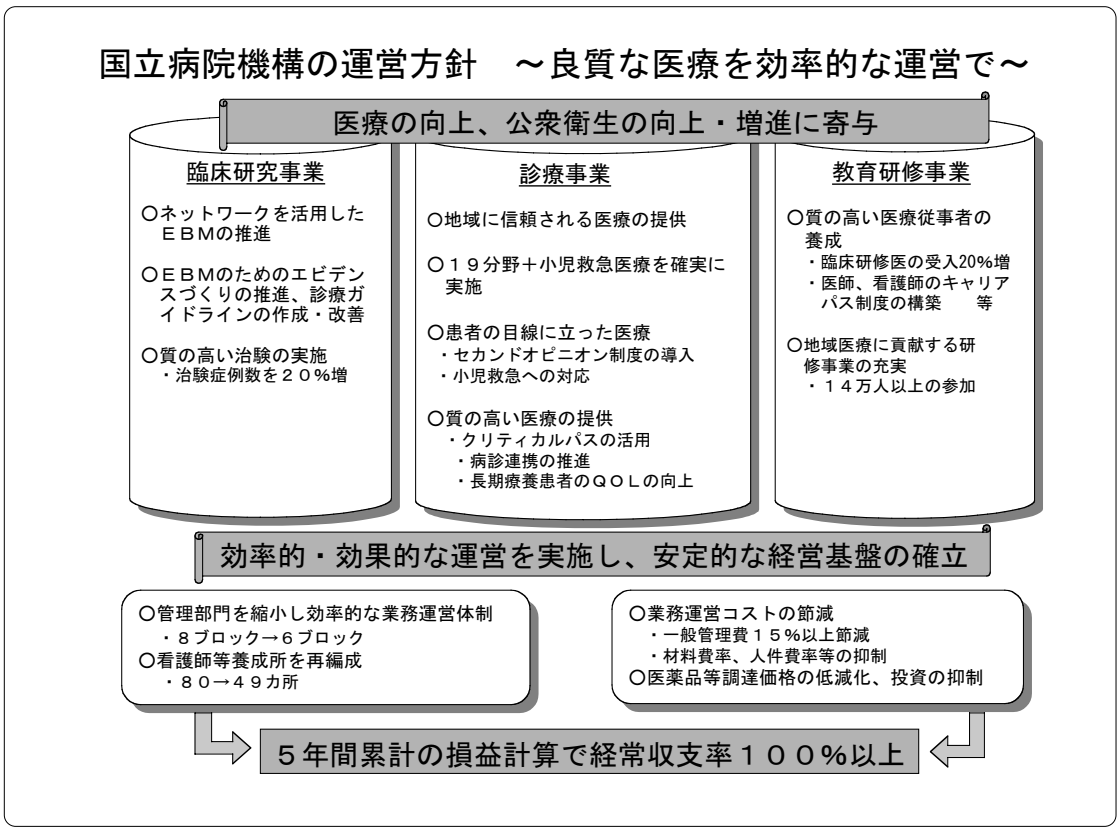
スライド21がまとめになります。国立病院機構の運営方針，良質な医療を効率的な運営で，というのが合い言葉になっており，セグメントとして臨床研究事業，診療事業，教育研修事業の３つの事業で成り立っています。それぞれについて一部示してありますが，計画は数値で相当示されており，この１年間でこの数値を１つずつ効率化していく。そして最終的には，経常収支率を100％以



スライド20



スライド22



スライド21

上にすることが国立病院独立行政法人に課せられた５年間の歩みになります。

最後に，私たち業務を行っていく職員約５万人の危機感として（**スライド22**），初年度（平成16年度）の計画達成度が非常に注目されるわけです。この１年間どのようにそれを行っていくかですが，すでに４カ月が過ぎました。そういうなかで院長以下，日々頭を悩ませながら努力をさせていただいているということです。

業績評価の結果を踏まえて政策医療分野の見直し，そして本部等管理業務のあり方の見直し，各病院の機能の見直しということで，５年後には独立行政法人というのは見直しをすることにもなっています。病診・病病連携などの地域医療連携の強化，これが何より独立行政法人のこれからの大きな課題で，反省も踏まえこれから政策医療の充実とともに地域医療の病診・病病連携に力を最大限注いでいきたいというのが考え方です。したがって，皆さま方にこれからパートナーとしてぜひ受け入れていただき，医療の質と地域医療の貢献に努力していきたいと思います。

今日のテーマは「何が，どう変わったか」でした。私が今説明いたしましたが，これについては内部の職員が「じゃあこのように変えよう」とか，「変わった」と言うべきものではありません。ぜひ１年，２年経つうちに，皆さま方，また患者さまから，独立行政法人や職員が「変わったね」と言われますように，職員一丸となって頑張っていきたいと思っておりますので，これからもご支援よろしくお願いいたします。

座長　ありがとうございました。最後の病病連携，皆さんと仲良くやっていこうというところが非常に大事なところですので，どうぞよろしくお願いいたします。官から民へという今の流れで，とうとう国立病院もこういうことになってきました。いうなれば政策医療の面を再検討なさるのはいいのですが，ぜひその辺りをしっかりやっていただかなければいけないと思います。

私，実は赤十字の人間でございます。日本病院会には2,710以上の病院があるのですが，国公立のほかに公的病院という，日赤，済生会，厚生連等の病院がありそれぞれの役割を果たしていますが，特に国際的イベントになると最近は国立病院の先生方がどんどん出ていっていただいていますので，大いに評価しておりますが，非採算部門のところで民ではなかなかできない部分がありますので，ぜひとも国立病院組織で頑張っていただきたいと思っております。それからもう１つ，これは全くの皮肉な話ですけれども，あまり元の国立病院の先生がブランドと設備を有効に生かして真剣になってやられてしまいますとこれは大変だというジョークも出ておりますが。その辺りはぜひ，病病連携を頭に入れながら上手にやっていただきたいと思っております。どうもありがとうございました。

それでは次の問題の病院会計準則の見直しですが，これがまた大変難しくて私もなかなか分からないところです。ご存じだと思いますが医師の国家試験というのは比較的難しいと一般の方にいわれています。しかし，司法試験や公認会計士の試験というのも，いうなれば非常に難しい試験です。なぜ難しいかというと，難しい数字のことを一所懸命おやりになっていることで，我々も日本病院会で石井先生にはご指導賜っております。今度からは，きちんとした会計をやらないと医療界は置いていかれてしまうということで石井先生にお願いし病院会計準則というのを今見直していただいているところですので，そのご説明をしていただきます。どうぞよろしくお願いします。

②病院会計準則の見直し等について

石井　孝宜

ご紹介いただきました会計士の石井でございます。病院の会計の見直しについて，２年ほど前から現実的な議論が行われ，その前の段階で日本病院会を中心に見直しの案をつくりまして，この５年間ほど病院会計準則の見直し作業をやってきております。やっと改正の方向が少し垣間見えてきたところですので，主に私的見解を中心にお話ししたいと思います。

しかも，「何が，どう変わるのか」というテーマであり，私の前の粟井先生が国立病院機構の部長さんでいらっしゃるということで，非常に関わりがありますので，あまりこまかい議論をせずに全体を認識していただければと思います。今日は金曜日ですけれども，今週は３回，医療経済研究機構と日本精神科病院協会と今日の日本病院会で，会計準則の話をしておりますが，中身の切り口が全部違うというスタンスでお話ししています。今独立行政法人のお話をしていただきました。現時点で全国に全省庁関連で独立行政法人が90ほどあります。そのうち厚生労働省管轄が14，実は私，その独法の評価委員をやっておりまして，先週も10時間拘束されました。

国立病院機構は日本最大の独立行政法人ですけれども，すでにできあがっているところがあり，決算書，あるいは経営の評価という作業をしました。数10ページに及ぶ評価リストを４時間かけて休みなしに評価する，という作業を２日間やらされまして，皆でちょっとしんどいという話をしております。SからDという５段階評価をして提出するという作業で，独立行政法人の背景の１つには，サービスの向上だけではなく，経営の効率化という議論があります。経営の効率性を評価する１つの手法に会計情報があります。しかも，皆さまもご存じのとおり，わが国には，平成16年３月末現在の数字で申しますと病院の数が9,088あります。平成16年３月末，国立病院が独立行政法人へ移行する直前の段階で国は305の病院を開設しています。自治体が1,000ちょっと，奈良先生のところの日本赤十字社は厚労省のデータですと92となっています。済生会が77，全社連が52，医療法人が5,600，個人病院が800というふうに，9,000の病院というものはさまざまな開設主体によって開設されています。

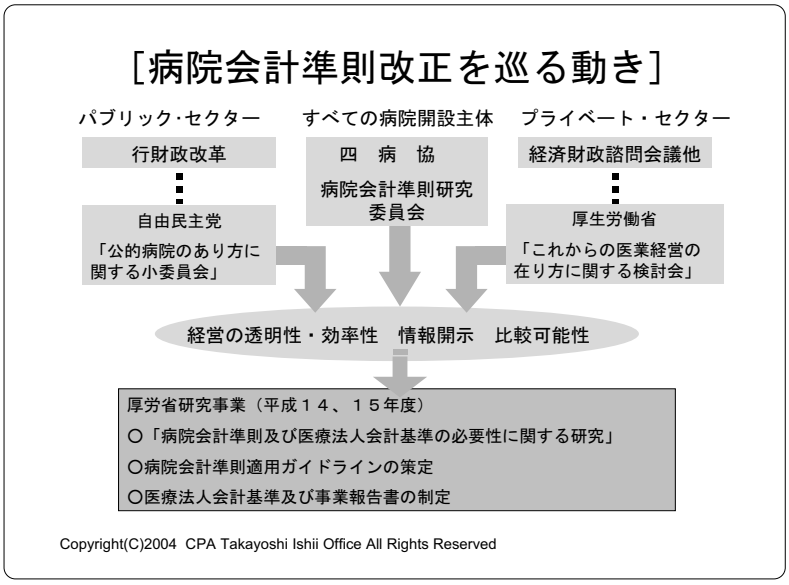
病院会計準則改正をめぐる動き

病院会計準則という言葉は，国であろうが，個人であろうが，医療法人であろうが，あるいは済生会であろうが，日赤であろうが，病院という施設を開設している者に対して，その経理の考え方としては，ある程度比較可能な，できる限り統一したやり方でやってほしいという考え方を示しています。病院会計準則というのは最近できたものではなく，できたのは昭和40年です。発端は，国立病院の会計帳簿が漢字の縦書きであまりにひどいということで，早稲田大学の染谷恭次郎先生と，当時の厚生省国立病院管理研究所の針谷達志先生，石原信吾先生の３人でおつくりになったものです。その後，昭和58年に改正され20年が経過し，現在また改正をしようということです。

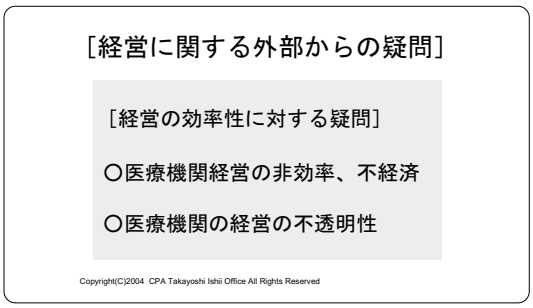
（**スライド１**）その１つの背景として理解をしていただきたいのが，現在わが国で行われている医療提供体制の再評価です。国立病院等を中心にしたパブリック・セクターに関しては，行・財政改革等の流れがあり，自由民主党で「公的病院のあり方小委員会」というものを開催しています。そちらのほうで公的病院に関して，経営の比較可能性をきちんと担保しなければ，経営が効率化をしたのかどうか評価ができない，というスタンスが出されました。しかも比較する対象は公的サイドだけではなく民間も対象にすべきだと。つまり民と官を比較することによって実態が見えるのだということです。9,000ある病院のうち，公的が1,800，私的が7,200ございます。これをおしなべて経営の効率性を評価せざるを得ないだろうと。時代の要請としてはそういう議論があります。特

にパブリック・セクターに関しては，**スライド１**でご覧いただいている流れというものが出てきたということです。

次にプライベート・セクターに関しては経済財政諮問会議などから，全病院のうち現在60％を開設している医療法人という民間の開設主体ですら，経営が本当に合理的，経済的，効率的に行えているかどうか分からないという指摘をされている要素がありました。プライベート・セクターの側からも，病院の会計のあり方を見直さざるを得ないのではないかという議論が出ているわけです。



スライド１



スライド２

ということで，すべての病院の開設主体というスタンスで，四病協において日本病院会が当番となり病院会計準則の研究委員会というものをつくりました。すでに４年ほど前のことで，私が委員長をさせていただきましたが，この流れを全体として一括すると，経営の透明性・効率性，情報開示，比較可能性という議論に集約され，平成14年度と15年度の２年間にわたった厚生労働省の研究事業につながるわけであります。

その中身が，**スライド１**の下段に示した３つの項目です。病院の会計準則の見直しに関する基本的な考え方の整理と，適用に関するガイドラインの策定，もう１つ，医療法人会計基準というものを制定すべきではないかという議論です。３つの研究を行いましたが，内容的に大きく分けますと，実は２つ，双子であります。１つは病院会計準則の見直しで，すでに昭和40年からある準則の見直し行為です。もう１つは，現実には存在していない医療法人会計基準というものを制定すべきではないかという流れです。

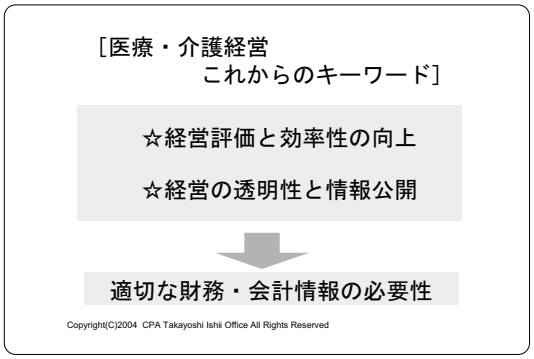
したがってこの研究事業は双子であるわけですが，医療法人会計基準に関してはまだ具体的なイメージというものが公表されていません。医療法人会計基準の必要性は，医療法人の業務運営が非常に多様化し，しかも病院を非常にたくさん開設するなかで，医療法人の経営実態を明確化していくうえで必要であろう，ということになったという経緯があります。

独立行政法人には独立行政法人会計基準というものがあります。そして，社会福祉法人には社会福祉法人会計基準，公益法人には公益法人会計基準といったように，その開設主体としての会計基準があります。病院会計準則は開設主体をめぐる会計の基準ではなく，施設という単位に関する基準で，そこが病院会計準則の極めて特殊なところです。

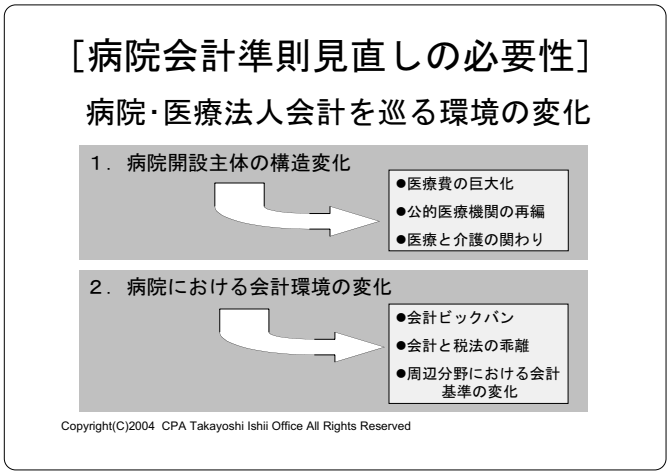
スライド２に経営に関する外部からの疑問とい

うのが出ています。まさに医療提供体制の改革議論のなか，質の向上と同時に経済性や効率性も確保してくださいと。これは民間も公的もすべてに対して医療全体の提供者に要請されていることですが，そのなかで特に効率性に関しては医療機関の経営は本当に非効率ではないのか，不経済ではないのかという議論，あるいは医療機関の経営というのは不透明ではないだろうかという議論があるということです。

（**スライド 3**）医療という世界だけではなく，すでに介護という領域が大きく成長してまいりまして，平成16年度においては 6 兆円という市場規模になっているそうです。医療と介護は連続したサービスマーケットになるわけですが，全体を通してこれからキーワードとして認識しなければならない 1 つの側面というものが，経営の評価と効率性の向上，あるいは経営の透明性を確保するための情報公開議論です。これを行っていくうえでは，どうしても適切な財務・会計情報が必要になります。これがなければ比較できません。比較ができなければ選択評価ができないということです。患者さまないしは保険料の負担者，あるいは納税者というスタンスから見た場合，この評価をするうえでどうしても必要な情報が財務・会計情報ということになってきます。



スライド 3



スライド 4

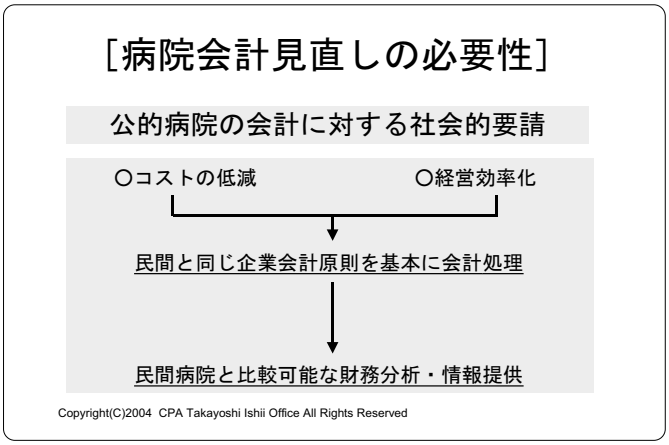
なぜ病院会計準則の見直しが必要なのか

（**スライド 4**）病院会計準則の見直しの必要性をもう少し全体的に俯瞰してみますと，今申したような病院の開設主体の構造変化があります。医療費は巨大化している，公的医療機関の再編議論がある，医療と介護の関わりの問題も出てきている，そしてもう 1 つ，会計環境の変化というものがあります。これは何かといいますと，世界的な潮流のなかでさまざまな会計に関わる事象や事件や事柄が起き，そういうなかで会計ビッグバンという，会計の考え方を大きく変えるような潮流というのが起きている関係で見直しをしなければいけないだろうということです。2 番目の会計と税法の乖離というところですが，これはパブリック・セクターは関わりがなく，プライベート・セクターに大きな関わりのある部分ですが，利益が出ますと所得として課税されるという医療法人などでは，ほとんど税法の基準で決算会計処理をしております。しかし，平成10年の税制改正によって引当金という制度自体が全廃されてしまいましたので，税法基準で会計を行っている場合，民間の医療法人などにおいては適正な会計情報をつくり得ないという問題が起きています。端的に申しますと，今日例えばここにお見えの医療法人に関して，決算書に賞与引当金がもしなければ税法基準によって処理をしているということで，会計情報としては適正なものとは言えません。

こういう問題を考えたときに，どうしても病院会計というものを考え方の基本として見直さざるを得ないだろうということになりました。

それから周辺分野における会計基準の変化で非常に大きなものは，キャッシュフローという概念を明確にすべきであるという考え方です。病院会計準則は，昭和40年にできた当時から非常に先端的で，最初から企業会計方式を取っており収支計算ではありませんでした。その方式は当然今でも評価をされているわけですが，企業会計方式の決算書の書類の体系のなかに，損益計算という概念はあったけれども，キャッシュフロー資金収支という概念がなかったため，これをそろそろ入れるべきだということが起きています。社会福祉法人もすでに，今現在の会計基準においては損益計算構造と資金収支構造，両方の財務書類をつくっています。公益法人もそうです。

そして独立行政法人では，フローの書類を，キャッシュの資金収支計算書と損益計算書と行政コストの計算書と３つもつくっているという時代になっています。病院をめぐる会計に関しても，最低限キャッシュフローを入れようというのが周辺分野における会計基準の変化に対する対応ということです。



スライド５

公的病院の会計の流れはどうなるか

このような変化が徐々に起きてくる可能性が濃厚になってきたということですけれども，昨日の日精協はほとんどすべてが医療法人，火曜日の医療経済研究機構の参加者はほとんど医療機関ではなく，医療関連事業者の方でした。本日の日本病院会は，名簿を拝見するとパブリック・セクターの方が非常に多く，その視点からお話ししますと，公的病院の会計に対する社会的要請は，先ほどの独立行政法人との絡みでお考えいただいても，まさにそのままつながってくる議論ですが，コストの低減と経営の効率化というのが一方の社会的要請です（**スライド５**）。そのためには民間と同じ企業会計原則を基本として会計処理をすべきではないかと，すでに独立行政法人では法律的な処理としてそれが仕込まれています。それ以外にもパブリック・セクターの病院はたくさんあります。そういうところに関しても民間と同じ企業会計原則を基本に会計処理していかなければ，公的病院の経営状態をきちんと評価できないのではないかという話です。

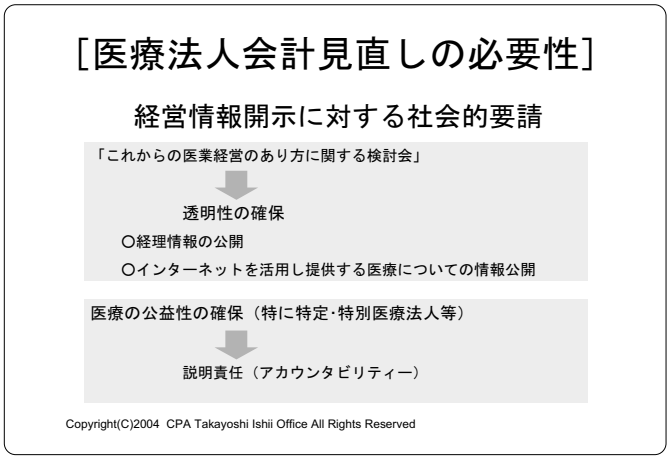
そのために民間病院と比較可能な財務分析や情報提供が必要であり，統一的な会計準則を本気で適用すべき時がきたということです。先ほどから何度も申しましたように，病院会計準則は昭和40年からすでに存在しているのですが，残念ながらその扱いは十分ではありませんでした。医療機関9,000，いちばん多いときに１万もあった病院で，病院会計準則にしたがってきちんと処理をしているところはそれほど多くはなかったという歴史的な無念さというのがありますが，社会の要請はまさにそれをそろそろ改善すべきであるということです。特に，民間ではなくて公的から先に対応すべきであるという流れです。

医療法人の会計についてはどうか

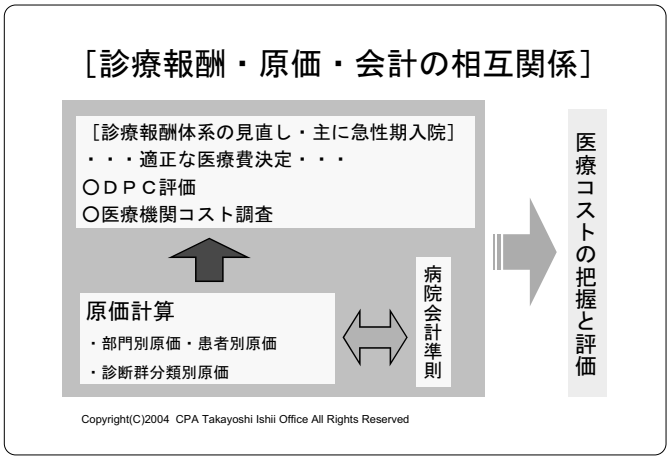
全病院の60％を占める医療法人に関しましても，実はこれからの医業経営のあり方に関する検討会で経営の透明性の確保が非常に必要だという

流れが出てきています（**スライド 6**）。パブリックではなくてプライベートのセクターに関しても，そういった要請はこれからますます強まるだろうという流れがあります。

そうしますと，当然ながら医療法人の会計もきちんと見直しをしてあげなければいけない。特にそのなかで最近よく議論されていますが，医療の公益性を確保する観点から，特定医療法人や特別医療法人に関しては，一般の医療法人よりもより強いかたちで説明責任，アカウンタビリティを負っていただかなければいけないという流れがあります。この流れのなかで，実は会計の潮流が変化し始めたということです。



スライド 6



スライド 7

診療報酬・原価・会計の関係について

それからもう１点，診療報酬・原価・会計の相互関係を申しあげます。**スライド 7** にイメージとして出ているのは，上に診療報酬体系の見直し，DPCです。下に原価計算，右に病院会計準則が出ています。現在のDPC評価は現行の診療報酬をベースにしたところの評価ですが，最終的にはそろそろわが国の診療報酬体系が原価積み上げ方式に移行していかなければならないという認識があります。そうなったときには，DPCの場合には診断群分類の原価を認識できなければなりません。診断群分類別原価を認識するためには患者別原価や部門別原価が必要になりますが，この原価計算をしていく最も基本にあるところの会計の基準が病院会計準則です。したがってこれをやり始めたときに病院会計の準則に準拠せずに，おのおのプライベート，パブリックがそれぞれ勝手な会計基準によって処理をしていると，スタンダードな標準化されたコストが出てきません。こういう要素が出てきているのも事実です。

もう１点申しあげるとすると，適正な診断群分類別原価が出れば，政策医療に関わるコストの計算が可能になるはずです。政策医療コストがいくらなのかが分からないというのがわが国の現状です。それをやるためにはこういったシステムの仕込みが必要であり，実施が必要だという流れです。

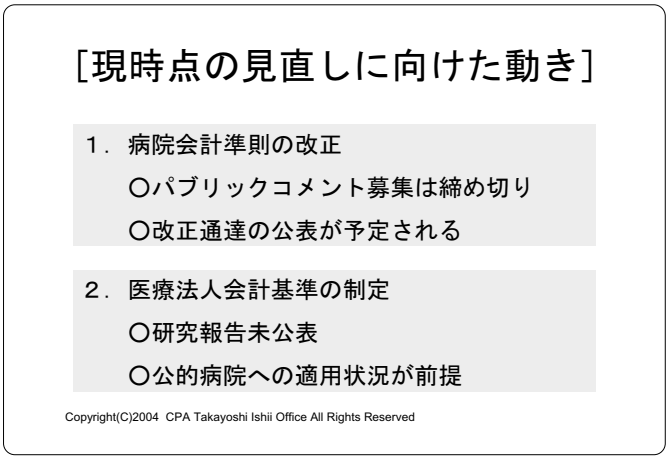
見直しに向けた現時点の動き

最後に現状に関してお話しします。現時点での見直しに向けたところの動きです。病院会計準則は改正の議論がありますが，まだ改正はされていません。現時点どうなっているのかというのが**スライド 8** です。病院会計準則の改正に関しては，６月27日で厚生労働

省のパブリックコメントの募集が終わりました。ということで，それほど時間を待たずして，そろそろ改正通達が出てくるはずです。したがって改正の流れというものはほぼできあがったと思われます。

それに対して医療法人会計基準を新たに制定する必要があるだろうという議論をしておりますが，これに関してはその全容はまだ未公表です。基本的には最後にありますように，公的病院へ新しい病院会計準則の適用をきちんとし，公的病院がきちんと適用したということを認識したうえで，民間サイドに適用の幅をもう少しはっきりしたかたちで広げ，医療法人会計基準をつくるべきだという流れがあります。現状はこういった状況になっているということです。（平成16年８月19日，新病院会計準則が通知された。）

以上ご報告を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。



スライド８

座長　どうもありがとうございました。皆さんお聞きになりましたでしょうか。まず，公的な病院からきちんと会計を，大福帳からきちんとしたものにしなくてはならないと。その大福帳を改めていただいているのが石井孝宜先生で，長年日本病院会で中心になってご指導いただいております。また，会計基準の公的な場でも中心になって動いていただいております。

どこの病院の院長先生，事務長さんも税理士さんにいろいろ処理をお願いしていると思いますが，公認会計士さんに相談してとまではあまりないと思います。しかし，やはり会計基準というのは税法上だけの問題だけではなく，いろいろな問題がからんできますし，これからの日本の医療，コストを決めていくためにはこういった基盤整備をきちんとしていかなくてはいけない，DPCなどもありますから，ぜひ，日本病院会に所属している病院の先生方にまず真っ先にご協力いただき，だんだん底辺が広がればと思います。

実は私の一族も開業医が多く，見ていると３ちゃん開業で，いうなれば帳簿などはかなりいい加減なものですけれども，法人化をすると，ややまともなものになってくるようですが，それでも石井先生の目から見るとかなりアバウトなものであると思います。ましてや日本病院会に所属している公的病院，私立でも大きな病院は，まず率先してこういう考え方を取り入れて実行し，日本の医療をきちんとした方向に持っていかなくてはならないと思います。

医者が儲かってばかりいてけしからんという言われなき批判を受けるのは，やはりドンブリ勘定をやっていたせいもあると思いますので，ぜひその辺りを石井先生から，これからもご指導いただきながらきちんとやっていこうと思っております。本当にどうもありがとうございました。

〈平成16年7月・東京都〉

基調講演

e-Japan戦略Ⅱと医療

政府IT戦略本部評価専門調査会 委員
慶應義塾大学環境情報学部 教授　國領　二郎

座長　ただいまから病院医療の質を考えるセミナー，「e-Japan戦略Ⅱと医療」を始めます。私はこの日本病院会の病院幹部医会の取りまとめをしております昭和大学の有賀と申します。本日の会は，今までの電子カルテやクリニカルパスといった病院の電子媒体化に関するさまざまな問題の，ある意味で究極的なテーマということで，このようなメインテーマで行います。

参会の方たちは，いつもですとほとんどが病院の医師，看護師，その他のコメディカル，それからカルテの診療録管理士といった人たちが多いのですが，本日は少し趣が違い，コンピュータ関係業界の方もお見えのようですので，当「病院医療の質を考えるセミナー」で中核的に活動している日本病院会の病院幹部医会について紹介します。

会そのものは数十年以上前に組織されています。医長，部長，副院長クラスの幹部医たちはどちらかというと自分の専門領域に関しては一所懸命勉強します。しかし，地域医療についてなど社会的な，または専門領域以外のことについて目を向けることが少ないのではないかという，当時の日本病院会の議論があったため，少し専門領域以外のことも勉強しながら病院医療の質を改善しようということで，この病院幹部医会が組織され，今日に至っております。

活動としては，大体この時期はホスピタルショウなどがあるので，メインとして今回のようなシンポジウムを主催します。それ以外は2月ないし3月に先進的な活動をしている病院を見学しながら，その病院でシンポジウムをしています。本日は半日コースですが，後者であれば1泊2日とか，朝から晩までということもあり，そこでのいろいろなテーマを皆で論じながら勉強するといったことをしております。

それでは基調講演，「e-Japan戦略Ⅱと医療」を國領先生にお願いします。國領先生のご略歴はレジュメのとおりです。1982年に東京大学経済学部を卒業され，日本電信電話公社にお入りになったあと，1986年からハーバードビジネススクールにご入学なさって，1988年にハーバードビジネススクールの研究員になり，1989年に博士課程に進まれました。1992年にはハーバード大学の経営学博士号を取得後，日本電信電話株式会社企業通信システム本部勤務，1993年からは慶應義塾大学大学院経営管理研究科勤務，2000年度に助教授に就任され，2003年度から現在の環境情報学部教授をなさっておられます。では國領先生よろしくお願いします。

國領　慶應義塾大学の國領でございます。本日，大変光栄にもお招きいただいた理由は，おそらく私が，今日の話題となっている「e-Japan戦略Ⅱ」という，そろそろ少し古くなってきた部分もありますが，ちょうど1年前発表された戦略の起草委員会があり，そこで4つあるワーキンググループの医療部分の主査をさせていただいたからだと思います。本日は，わが国のIT戦略のなかで医療

座長：社団法人日本病院会 病院幹部医会 会長
有賀　徹

がどのように位置づけられているのかについてお話しさせていただきます。

ただし，私は医療の専門家ではありませんので，多々ご指摘いただき，直していかなければいけないことがあると思います。ぜひ，いろいろ勉強させていただければと思っておりますので，よろしくお願いいたします。

e-Japan戦略Ⅱの誕生とその背景

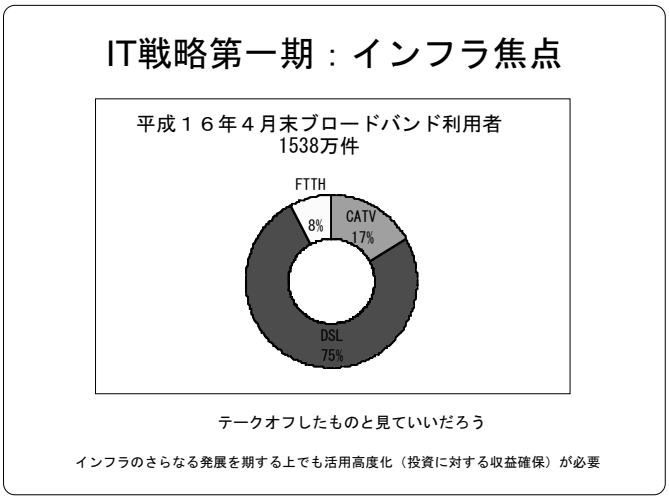
本日の話は私見で，e-Japan戦略本部の公式の話ではなく，内部で作業をしていた一員として，どんな趣旨だったかということについてお話しさせていただきます。

話がどちらかというと医療よりITのほうから入ってしまって恐縮ですが，逆に言うと，ITのほうから医療に対して熱い思いがあり，そういう意味でITのほうから入らせていただきます。関係者のなかでは，日本のITに対して，21世紀に入る頃，2000年前後に，強い危機感がありました。特にインターネットというところで考えると，このままでいくと，世界のなかで本当に落後してしまうのではないか。例えばインターネットの普及率とか，コンピュータの活用の度合いとかいろいろな指標があるわけですが，いわゆるOECDの各国のなかでも最低水準であるばかりでなく，アジアのなかでも，当時韓国がものすごい勢いで途上を進めていた時期で，それに対してもすでに負けてしまっている。韓国だけではなく，ほかのアジアの国に対してもひょっとすると見劣りしているのではないかという，強い危機感がありました。

そこで，今日の話題はe-Japan戦略のⅡですが，2001年の１月にe-Japan戦略のⅠが発表されています。そのときに打ち出されたのが，日本の3,000万世帯にブロードバンドの接続を安い金額で提供しようという計画でした。いちばんの成果は，今例えばADSLとか，FTTHという言葉をこういう会で言っても，大体すぐに分かっていただけるほど身近になったことかもしれません。例えばADSLでいつでもブロードバンドで接続できる，しかも数千円で使い放題の状態をつくる。これは2000年の段階では，各小学校に特別料金で，ブロードバンドといっても128キロビットの回線をつなごうということを大真面目に言っていたのですが，今では特別な予算など組む必要もなく，ブロードバンドが当たり前の状態になってきているわけです（**スライド１**）。

通信業界ががんばってくださったおかげで，いろいろなところで利用できるようになりました。例えば2000年の状態では，大きな病院には50万とか60万とかという専用回線を引いて，そこで公開テストするということがあり得たかもしれないけれども，町の診療所ではとても無理で，よほど大きな病院でないと無理だという状況だったのが，今では大幅に改善しました。今ではセキュリティなどの話が中心になっているわけです。ここでも現実味が出てきていて，医療用のセキュリティレベルの高いネットワークを引いても採算的に大丈夫ではないかと思われるところまできました。

ただ，手放しで楽観論を言うと怒られてしまうというものが２つあります。１つは地域格差で，いわゆるデジタルデバイドという問題です。この３年間くらいで格差は大きくなりました。私は最



スライド１

近，地域の業務化というのをテーマとしており，いろいろな地方を訪問するたびに課題となってくるのが，山間，特に過疎地などで無医村のような所です。そういう所こそ本当はブロードバンドが欲しい。そこと少し大きい町の医療機関との連携といったところが本当はいちばん欲しいのですが，残念ながら，ある種の市場原理を入れることによって，対応が遅れ気味となっています。市場原理のマイナス作用が片側の事実としてあり，デジタルデバイドがかえって広がってしまっている。これはきちんと対処しなければいけない課題だと感じております。

もう１つは通信業界側の話です。今までは通信はNTTがやっていたのが，競争原理を入れることで低価格で使いやすいサービスが急に広がった。それはいいが財政的にちょっと苦しくなっています。そこをそろそろ考えないと，デジタルデバイドが広がってしまうのではないかという状況です。

このような課題がまだまだあるということが片側の事実なのですが，もう一方で，ネットワークのほうは，今まででは考えられなかったようなかなり自由なものとなっており，これからはワイヤレスのブロードバンド化，高速化というのが出てきます。例えば，出先で病院のデータベースを呼び出すというようなことも，すでに技術的には可能ですが，コスト的にも無理なくできるような状態が近づいているということです。

問題がありながらもうまく進み始めたかと思っていたのは，2002年の前半くらいだったと思います。そこで逆に浮かび上がってきた課題が，「ブロードバンド化して安くていいのだけれども，きちんとこれを活用して，国民１人ひとりが恩恵を感じられるだろうか」ということです。私など学者をやっていますと，インターネットのお蔭で日々の仕事がすごく楽になり恩恵を感じているわけですが，それは一部の人間で，地方に住んでいる高齢の方々などがその恩恵を感じているだろうか。国民全体にとって，どういうことなのか分からない，ちょっと面白いオモチャが増えただけというように受け取られているのではないかというのが，問題意識としてあります。

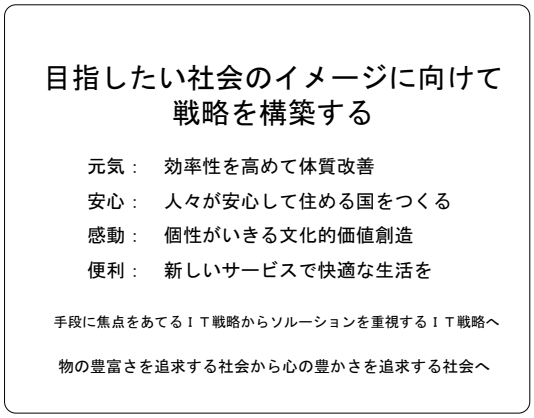
それから，これは医療だけがすべてではありませんが，元々の志としてあった，さまざまな分野においてより高度なサービスをより効率的に提供する道具として情報技術を活用していただきたい，というところが実現の方向へ向かっているかというと，ネットワークの価格が下がる勢いに比べるとまだまだ進んでいないのではないか，というのが2002年の前半くらいの問題意識でした。

そこで，私のような，ずっとネットワークの活用方法を研究していた者が呼び出され，「どういうプランをつくればいいか考えなさい」という宿題をいただき，2002年の11月頃から今頃（2003年７月）までいろいろ作業を進めさせていただきました。そして，一部書かせていただいたのが，e-Japan戦略Ⅱということになります。

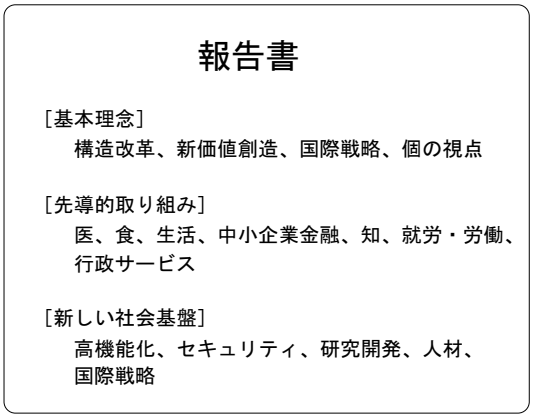
e-Japan戦略Ⅱで目指している社会

ITという道具を活用して，何をやりたいのか，医療だと。ここが大事なのですが，より良い医療を提供する道具として使うということなのです。ではいったいより良い医療とは何かという，これは専門家のたくさんいるところでおそれ多い話ですが，そのイメージを持ちながらでないとシステムをきちんとつくれない。したがって，全体としてとにかくコンセプトを決めようという話になり，e-Japan戦略Ⅱのなかで掲げられているのが**スライド２**の「元気，安心，感動，便利」という４つのコンセプトです。

「元気」というのがいわゆる構造改革路線で，同じことをやるにしてもより効率的にやることで経営体質を改善しよう，赤字体質のところを黒字化できるようにしようと。日本全体として景気がやや良くなり，だいぶ楽になってきましたけれども，医療はまだかなり利益が圧迫されている状態ということが，統計を見ると明らかです。日本の経営体の利益率は世界でもとても低い。やはりこの辺を効率化していくことで，利益が出せる体質を，ということです。これは利益を追求する組織であろうとも，非営利のところでも，利潤最大化が目



スライド 2



スライド 3

的であろうがなかろうが，体力をちゃんとつけていけるようにしようというのが「元気」です。

「安心」は，今の日本だけでなく世界的な広がりのある問題です。このテーマは，テロに始まり，食の安全といったことまで含まれます。今うちの研究室では，情報技術でトレーサビリティ（追跡可能性）を実現することによって，食品安全をどうやって利益が出るかたちでできるかという研究を一所懸命にやっています。それから，e-Japan戦略Ⅱの別のパートで多く出てくるのが，高齢化の問題です。見守りとかつながりとか，遠く離れていても家族がつながっていられる状態をIT化でどのように実現するかというようなことも盛り込みました。これも「安心」というテーマです。

「感動」というのは，どちらかというと文化の創造とかデジタルコンテンツというところです。日本でも『冬のソナタ』などの韓国ドラマが流行りました。これは韓国にとってみると大変な資産，大産業ができつつあるということになります。一方，聞いたところによると，日本のテレビ番組は俗悪すぎておっかないといって，放送禁止になってしまうようです。これはちょっと考えないといけないと思うのですが，いずれにしろ，学問的なコンテンツからエンターテインメントまでを含めたかたちで，世界に向けて文化を発信していこうということが「感動」です。

「便利」は，先ほどの「元気」が，どちらかというと効率性の話だったのに対して，新しい機能についての話です。新価値創造というテーマ，情報技術を使って今までできなかったことをどんどんやっていこうというテーマです。

e-Japan戦略Ⅱ報告書の構成とその意味

スライド 3 に載っているように，基本理念が最初にあります。ここにある構造改革が「元気」にあたります。新価値創造，これが「便利」にあたります。国際戦略，それから個の視点，この辺が「安心」といった話です。

次が大きなポイントですが，このような基本理念の後に，先導的取り組みというものを取り上げています。こういうことを考えていこうとすると，最初にこの理念を具体的に落とし込む段階で，一般論をやれるのかと思っていたのですが，やればやるほど，それでは意味がないと思えてきたからです。それぞれの分野，例えば医療の話だけをとってみても，コンピュータシステムを病院に導入したり，地域のなかで電子カルテの交換のハードウェアとソフトウェアを入れたりするだけではとても解決できないような，制度的な壁もあるし，人の心というのも非常に重要です。また，セキュリティとか，診療報酬の話とか，遠隔医療で2カ所で同時に1人の患者さんを診ていて，どちらがどれだけの取り分かという話まで片づけていかないといけません。そこにハードウェアとしてのコンピュータがあるだけでは，おそらく何も起こらない。

ということで1個でも応用問題を考え出すととても深い話になってきます。ただ，そこを避けて抽象論だけのレポートを書いても何も起こらない。そこで，先導的取り組みということを出しています。重要度の高い分野を集中的に選び，1個1個大変な仕事だけれども取り組み，突破して成果を出していく。そのことを通じて，ほかの分野にもITのメリットを広げていけないだろうかと，チームでいろいろ議論しました。

そのトップ項目を「医療」にしました。**スライド3**に示した順番で，先導的7分野ということにしました。実は，医療分野をやり出すと大変難しいだろうということは分かっており，もっと成功率の高いものをトップに持ってくるべきだという説もあったのですが，それよりはやはり重要なものを先に持ってこようということです。

あとは「食」というのもあり，「生活」，「中小企業金融」，この辺の重要度の高いものがあったけれども，重要度の高いという意味は，どちらかというと国民生活の，国民側の視点で考えようということです。今まで，政府のこの手のものですと，産業政策的にこの産業を育てようとか，あの産業を何とかしようという感じになる場合が多かったのを，あえて「食」というところを「農」と書かなかったんです。産業としての農ではなく食だというふうにがんばり，生活者視点ですべてを考えていきました。

農と食というのは大きな違いで，関わってくる相手の数が，食と言った瞬間にいろいろな役職を相手にして調整していかなければならないのです。しかしそれがまさにITの本質であって，今までつながっていなかったところを横断的につなぐからこそ価値が出てくるし，軋轢が出てくるのです。軋轢に対応しながらつないで流れるようにしていく。それができないとたぶんだめだと思います。

ということで，あくまでも受益者中心で考えたのです。医療でしたら，患者さんというものを中心にして考える。事務局が最初に出してきた絵の真ん中にはお医者さんが描いてあったので，私は「それはだめです，患者さんにしましょう」と申しました。絵の中心は患者さんにしお医者さんではない，というような，全体的に並び思想で揃えました。

それから，新しい社会基盤として，セキュリティの話をきちんとしよう，ネットワークの高機能化なども研究開発し，しっかり取り組んでいこうということを謳っています。

ITの利用・活用の推進の考え方

（**スライド4**）ITの利用・活用ということは，先ほども申しましたが，インフラの目標設定とは比べ物にならない難しさがあります。インフラだと，例えば，2005年までに，3,000万世帯に，世界でいちばん安く，いちばん多く，ブロードバンドで普及させよう。それにはいくらいくら必要というようなものが比較的見えやすく，総務省と経済産業省とNTTと我々で実現するかもしれない。

ところが今申しましたような，患者さんの視点でのITの医療IT化といわれても，簡単にいきません。ITというのは，全体のおそらくほんの一部分ですので，いろいろな複合的な要素が全体にうまく連動がとれてやっと結果が出るという話です。ある計画を立てて，実行して，本当は成果が出ているはずだけれども，どこかの規制が引っかかっていて動かないとか，業界全体でプライバシーのガイドラインの整備が遅れていることによって，システムが稼動しないで止まっているというような話が，いろいろなところであります。

そのようにうまくいっていないと，そこで投下

利活用の推進

- インフラの目標設定とは比べ物にならない難しさ。システムを「どのように、何のために」使うかを明示しなくてはならない
- 国民視点で「実現したいこと」を設定（例：農ではなく食、電子政府ではなく行政サービス）
  その上で実現のためのシステム、課題、解決方法など提示

スライド4

したお金は無駄になっているし，「IT化するとかえって入力するときに手間がかかる，紙で書いていたほうが楽だったじゃないか」という話になります。きちんと動いて成果が出てくれば，もう二度と手書きをしないですむ，同じデータが一気通貫最後のところまで行って，診療報酬の請求のところまでいっさい触らなくてすむようになってくる。こうなれば，途中で手書きしていた人を，最初のところで投入するアシスタントに配置換えすればいいという話になってきます。

システムの流れが途中で切れていると，その前後がどんなに電子化していても，切れているところで貯まってしまい，そこで効率の悪い面が出てきて，そうするとそこの両側の電子化の投資効果が出てこないという現象があります。はた目から見ていても難しいだろうなという，医療や医事会計のところ，薬のところなど，それぞれが歴史をもって動いているところばかりなので，横につなぐのは簡単な話ではありません。こういうことはよく分かるのですが，切れているまま放っておくと，いつまでたっても，コンピュータ投資をしても手間が逆に増えるばかりで，効率が高まらないということになりかねないので，これはきちんとやらなければいけない。

（**スライド5**）このような議論をしているときに忘れていけないことは，情報化したくて情報化しているわけでなく，最後にはより高度なサービスをより効率的に提供していこう，人々が少しでも幸せになるように，というところです。

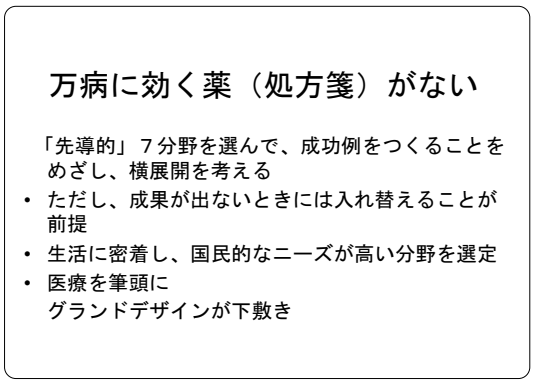
そこで，利用・活用を推進する先導的な分野を選びました。ただし，先導的7分野でやったときの前提条件として，途中で見直して成果が出ていないと入れ替えるかもしれないということがありました。ですから，万が一に医療がどうにも動かなければという，保険をとっているところが実はあります。

それから医療を取り上げた大きな理由ですが，ちょうどその作業をしている直前に，グランドデザインというものが打ち出されていて，それを勉強させていただき，なるほどと思った部分がとても多く，基本的にそれが下敷きになっています。ただ，正直に告白してしまいますが時間的制約があった部分があり，盛り込ませていただいたものと，盛り込ませていただいていない部分とがあります。

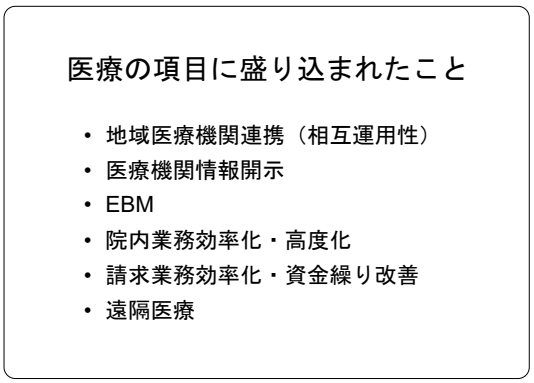
医療の分野に盛り込まれた項目は

盛り込ませていただいているのが，**スライド6**に載っている項目になります。まず地域医療機関の連携というテーマですが，このことについては皆さまを前にしては釈迦に説法で，そのこと自体が持っている意味については申すまでもありません。ここでおそらく非常に重要なのが，連携できるような相互運用性というものをきちんと確保していこうということです。これがまさに一連の標準化についての中心ということになります。

それから医療機関の情報開示というテーマですが，これもよろしいのではないかと思います。こ



スライド5



スライド6

の辺については，それぞれ関係の皆さまのなかで相当いろいろな議論があることも承知しており，何でもかんでも無理やりにやればいいというものではないだろうと思います。そこら辺の慎重さを片側で持ちながら，医療を受ける側の視点からは，安心というテーマを含めて医療の質に関する情報などがあるといいなと思っていることは事実で，この辺は適切に推進していくことが重要だろうと思います。

それから，EBMというテーマがもちろんあり，これも大変な問題です。こういうテーマを掲げた瞬間に「データの外部保存をどう処理しますか」という話になってきて，あのなかでは，この際メリットが非常に大きいので，自由にとまでは言わないまでも，やはり今認められていない外部保存というものを認める方向でやってはいかがでしょうかということを申しあげております。

それから，院内業務の効率化・高度化も非常に大きなテーマだと思っており，これは今見ますと，あそこで書いたよりもっといろいろなことが書けたのではないかと思います。もうちょっと書けばよかったかなという部分ですけれども，病院経営などについてどれくらい貢献できるのか，というのがこれから非常に大きなテーマになってくると思います。

その意味で大きく出てくるのが，ITを通じて，請求業務の効率化や資金繰りの改善というものをどうやっていくのかというような話です。ここは端的に言うと，レセプトの話だと思いますが，このあたりにいわゆるレガシーシステムの問題が立ちはだかっています。つまり先に情報化した分だけ古いコードが入っていて，動かしながらそれを直すというのはすごく大変な話です。先ほどから繰り返し言っている，つながっているときに本当に効率化できるという観点から考えると，ここがシステムの流れが切れてしまう大きな原因になっていて，何とかしないといけないのですが，この辺のことは，今度は保険機関とかもやらなければならないので，単に医療機関だけが何とかすればいいという話でもないだろうと思いながら書いたものです。

それから遠隔医療の話ですが，実を言いますと最初は全然入れていなかったのです。最後になってやはり頭出しだけでも入れておかなければだめなのではないかということになりました。これは大臣が直接おっしゃって，書き込みが全く足りていないのですけれども，とにかく遠隔医療というのも載せていくことになりました。

進めながらも，事後の適切な舵取りが大事

（**スライド7**）先導的7分野というかたちで取り上げたものと取り上げていないものとの間に大きい落差があるのと同じように，医療のなかでも取り上げていないものがけっこうあります。お気づきの方も多いかもしれませんが，例えば，遠隔医療そのものについての書き込みがほんの少しであったり，薬関係のことについてはほとんど書かれていません。

これは決してそういうところが重要ではないということではないわけですが，IT戦略全体のなかで，先導的7分野というかたちで先に集中的に取り組むことによってほかに波及させようとしているのと同じように，各分野についてもややメリハリが出ているということです。検討の期間が少なくて全部には手が回らないということもありますが。

ということで本当のことを言いますと，訪問看護とか，介護とか，薬の安全性とか，処方せんとか，いろいろ残された課題はあります。しかし，こうやって1個1個挙げていくと，それぞれ大変なテーマなのです。ただ最初から分かっていることは，これらは因果関係にとても遠いものがあるということです。つまりITという道具を入れて，最後は患者さんの命が救われるというところにつなげていきたいけれども，そこの因果関係がとても遠いのです。例えば1,000億円も投資したのだから，ブロードバンド回線が100万回線増えましたというような話と，全然質が違うということです。

ですから，空振りする政策も当然出てくるだろ

うと思います。やはり霞ヶ関というのは×がつくのをものすごく嫌うところがある。失敗した愚策などあってはいけない，というところがあるのではないか。しかし，そうした失敗のないものはあり得ないはずです。特にITではあり得ません。失敗しそうなものを危なそうだからといって取り組まなかったら，世の中が進まないのです。

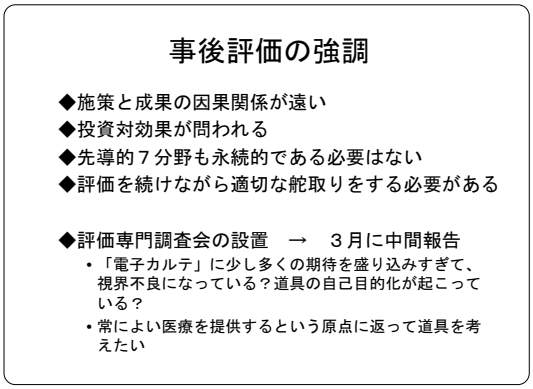
役所が報告書を書くときはだれが書いても出ないのに，我々が書くときは名前が全部書いてある。仕方がないから，医療をトップにしていて空振りしたときに，僕らが怒られればいいというようなところが，実を言うとあります。ただ，むやみにやっていいわけではなく，そういうアプローチを取るからには，進捗を見ながら何がうまくいっていて，何がうまくいっていないのかということを常に監視する必要があると思います。

その上で，これはやはりちょっとリスクがあっても取り組む価値があるでしょうというものについて取り組みをやってみる。やってみた結果，やはり×をつけるのならばはっきり×をつけて，打ち切るときは打ち切るという精算ロジックがないといけないでしょう。

これは何も精算する目的ではなく，随時見直していきながら改善していくということです。どこかが引っかかっていて，取り除かないと先に進まないというのがあるときは取り除いていき，まずはとにかく実現に向かって努力することだろうと思います。

このように，因果関係が遠くて投資対効果がよく分からないという面があって，７分野も永続的かどうか分かりませんので，舵取りをしていかなければならない。そこで，評価というものがすごく大事になってきます。そこで，2003年の12月に評価専門調査会というものが設置されました。本当はその戦略を書いた者は評価委員会には入ってはいけないのですが，ちょっとディテールを知っているだろうというようなことで，私もメンバーにさせられてしまい，今はそちらのほうのこともしています。

2004年３月に中間報告を出させていただきました。



スライド７

正直に言って，はた目から見て電子カルテというものの意味がややぼやけています。人によって電子カルテというものが違うものとしてイメージされているがゆえにちょっと迷走しているなという部分があります。そのようなことを書かせていただいています。やはり，どういう意味を込めて，何を改善したくて電子カルテを入れようと思ったのかというところをもう１回組み立て直すと，メリハリのついた導入がもう１回ありうるのではないかということを書かせていただきました。

e-Jpan戦略Ⅱでの課題の捉え方

参考というかたちでつけさせていただいたものですが，**スライド８～10**は，e-Jpan戦略Ⅱの文章そのものを抜粋したものです。

この順番がけっこう大事です。最初に実現したいことを宣言し，技術を先に言って，これを入れるとこんな良いことがありますというような書き方ではなく，例えば医療のところについては，実現したい医療のイメージというものを先に書き，そのためにはどういうシステムをつくっていけばいいのかということを書きました。

「方策実施上の課題と対応」というところ（**スライド10**）については，実際にそのシステムをつくっていこうとするとどこに引っかかりがあるのかをテーマにしています。医療のところでは規制改革提案みたいなものはあまり書いていませんが，ほかの分野では，あの規制を何とかしようとか，

いちばん激しいのでは，法律改正しろというようなことを書いたりするのですが，とにかく今のまま放っておくと，システムをつくっても動かない原因になってしまいそうなことを書いたのが，「方策実施上の課題と対応」という部分です。その後に「評価」があります。

先ほどから言っているとおりで，このITの話というのは，１つ１つ動かしているうちに，ある種，自己目的化する傾向があります。これは医療の業界だけではないとは言っても，裏には医療でそういう事例が見られるような気がするというイメージがありますけれども，IT化をやっていると普及率，成果目標なども，例えば普及率ばかり見ていると，かえって使いもしないシステムをたくさん導入してしまう。そうなるのはとても愚かなことです。

医療

実現したいこと

1. 生涯にわたる健康状態を国民自らが把握し、健康増進に役立てるための総合的な保健・医療サービスが提供される体制を整備する。
2. 患者が複数の医療機関において継続性のある治療が受けられ、専門家の意見も踏まえながら適切な医療機関を選択できるなど、患者基点の医療体制を整備する。このため、2005 年までに、保健医療分野における認証基盤を整備するとともに、すみやかに電子カルテのネットワーク転送、外部保存を容認する。
3. 医療機関における各種の重複（検査、投薬、事務作業等）を削減することにより、医療機関の経営効率と医療サービスの質を向上させる。
4. 診療報酬請求業務の効率化及び合理化を進めることにより、医療機関のキャッシュフローの改善を図る。このため、診療報酬請求業務のオンライン化について2004 年度から開始し、2010 年までに希望する医療機関等について100%対応可能とする。
5. IT を活用した山間僻地・離島等への遠隔医療サービスを提供する。

スライド 8

医療

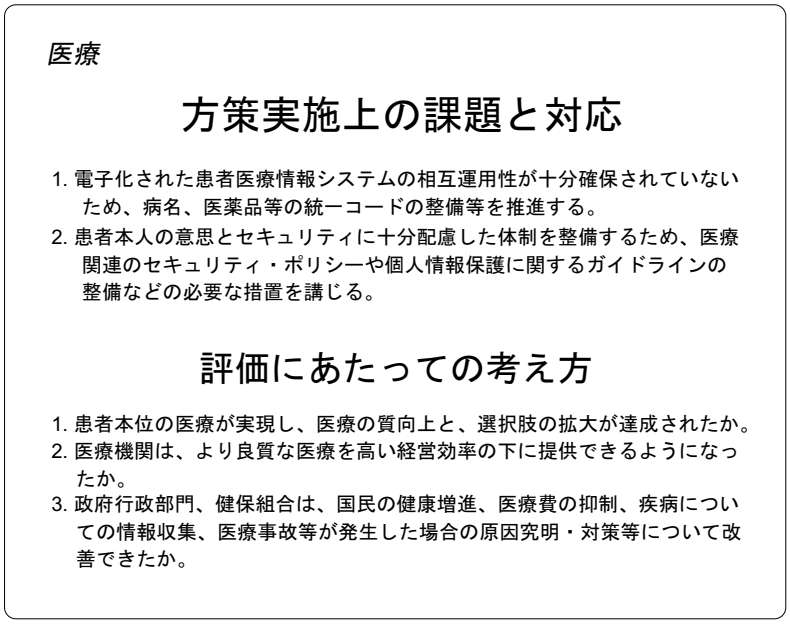
実現のための方策

1. 患者本人の意思とセキュリティに十分配慮しつつ、必要に応じて患者医療情報を医療・保健機関間で連携活用できる仕組み（通信回線を介した電子カルテの転送と外部保存を可能とすることに加え、認証基盤を確立することにより、たとえば、かかりつけ医が地域中核病院での検査結果を参照できる状態にすること。また、個人情報保護に十分配慮して、データを予防医学や健康疫学に利用できる環境を整備すること。）を確立する。
2. 医療機関についての情報（年間診療数、サービス内容等）を、第三者機関が内容の信頼性を審査のうえ国民に開示する仕組みを構築する。
3. 診療内容の確認、各健康保険組合への請求作業等が正確かつ迅速に行える仕組み（請求業務オンライン化による診療報酬請求業務の効率化及び合理化、金融機関を介した診療報酬債権の迅速なキャッシュ化、電子レセプトに係る診療報酬を担保にした金融機関からの融資等）を実現する。

スライド 9

もうひとつ，ほかにどういう資料を作ればいいのかが悩みですが，やはり最後の最後は患者が中心で，医療関係者の方々が，その患者を取り巻いて有機的な連携が取れ，適切な医療が提供されていること。これに尽きるのではないかと思います。

今，ああでもないこうでもないと言いながら上手くいくといいなと考えて作業しているのは，因果関係の政策を打つと，別の政策と組み合わさって，こういう医療の成果に結びつくというような絵みたいなものをつくることです。逆から言うと，このシステムがうまく動いていないときには何がその原因になっているのか，ではそこの原因を取り除くためにどういうアクションが取られているのかということが，構造化された絵のようなもので描けるといいと思います。そこでいちばん根っこにあるもの，最後に実現したいのは，医療の質が高まっていくこと



スライド10

です。

もう1つ，残念ながら医療費の問題というのは，片側から，例えば払う側だけでは収まる話ではありませんから，ゼロサムゲームでお金を払うとか払わないとか綱引きをやっている間はたぶんだめでしょう。本当に仕組みとして効率的・効果的で高度なサービスというものをどれくらい追及できるかということを考えていかなければいけません。

医療事故とITについて

今までの話できちんと触れてきませんでしたが，医療事故の話などについても取り組んでいく。これは医療だけではありません。食品業界のBSEの話とか，最近ですと三菱自動車の話なども含め，やはり開示とか透明性というものがすごく問われています。もう一方で，逆に透明ではいけないプライバシーみたいな話というのも動いており，これらについてどう考えをきちんと持てるかというのがとても大事だろうと思っています。

私自身が一所懸命に言っているのが，情報技術というのは基本的に，監視する，可視性（ヴィジビリティ）を高める技術だということです。ヴィジビリティが高まるので危険を未然に防ぐことがお互いにできたり，無駄が発生しているところは無駄が省けたり，いろいろな良いことが一方であります。ただし，それはとても怖い世界であることも事実で，これが無責任な一方的な責任追及のような話ばかりになってしまうと，せっかくの情報システムもヴィジビリティが高くてメリットが出てきても，ごまかして報告したり，見せないようにしたりというような話ばかりになってしまいます。

三菱のところで書いたのが，例えば，免責を開示していればということ，それは，きちんと正しいプロセスにしたがって処置をしていることを証明してくれる仕組みです。それは，人間はミスをすることがあるものだ，ただ，いかに早くミスを発見するプロセスをフォローしていたか，ミスが発見されたときにきちんと処置を取ったかが大事で，この辺のことがきちんとフォローされていれば免責されるということです。一方で，こうしたルールがはっきりとあったうえで，もう片側では，開示の仕組みのようなものを入れていかないといけません。ただ，責任追及のために開示の仕組みをやるのだといって力で押しても現場に全く受け入れられない。

これはたぶん，医療でもそうではないかと思いますが，医療だけではなく，食品業界もそうですし，絶対大丈夫だと思っていた日本の自動車業界でもそうだったのかといった話になり，ほとんど人間の性（さが）に近いようなものがあるということです。

いずれにしろこのあたりのことについてまできちんと取り組みのなかに入れて，逆にその辺をITを使ってきちんと手当していただけると，これは，今まで人間が手作業でやっていたことを大幅に機械がやってくれるわけですから，人間は本当に人

間にしかできない，人間同士のコミュニケーションのようなところにより多くの時間を取っていくことができる。荷物の受け入れ，運搬，棚に入れたりというようなところは全部機械に任せて，お店の売り子さんはお客さまとのヒューマンコミュニケーションに集中することができる。

その辺のテーマは全部一緒で，使い方を上手にしていくことによって，より良い仕組みができたりする。そのなかのプレーヤーとして，最重要プレーヤーとして医療というところでぜひがんばっていただきたいというお願いをしたいと思います。

座長　どうもありがとうございました。「e-Japan戦略Ⅱと医療」ということで貴重なご講演をいただきました。國領先生はこのあとご予定がありますので，もしご質問，ご意見などありましたらここでお受けしたいと思います。

質問　福井県済生会病院の土屋と申します。e-Japan戦略自体，非常に膨大な内容で，政府なり国がどのように考えているのか，中心になっていらっしゃる先生のお話を聞けて大変有効だったと思うのですが，私ども，医療に携わっている立場から言いますと，國領先生が苦労されながら，医療をあえて先導的な分野のトップに持ってこられて，そこで医療の項目に盛り込まれたことというのは6項目ですね。それ以外の分野を考えていらっしゃらないということではなくて追加で説明いただいたわけですけれども，今おそらく医療に携わっている人たち，それから患者さんや国民の目から見た「医療に最も期待する」という面では，医療安全といいますか，リスクマネジメントという問題があります。全国の病院が今必死になって取り組んでいると思います。開示を広げていくことによって，そういうものをなくしていくということも必要かと思いますが，そうではなく，医療の中身でITを使って人間は必ずエラーをするという部分について，少しでもITによって確実化したり，危険を減らしていったりという面をむしろ医療の項目のなかにぜひ入れていただきたいと思うのですが，この辺いかがでしょうか。

國領　ありがとうございました。全くおっしゃるとおりでして，ここにあるとおりで全く入れていないわけではないのですが，もう少し強く書いておけばよかったなとあとから思っている部分です。大変貴重なご意見ありがとうございました。

質問　横浜船員保険病院の藤野と申します。以前からこのIT化に関しては非常に強い関心を持っていて，私，消化器内視鏡に携わる者ですから，自分なりに努力をしてきたつもりです。自分が経験をしてきたなかで，例えば内視鏡画像の電子的な保存というシステムを考えると，途端に今の保険制度に矛盾が出てくるんですね。全く金が儲からない，むしろ損です。

それから國領先生，電子カルテに関してやや曖昧に表明をされて，明言を避けられたように思うのですが，電子カルテというのは非常に重要だと思うんです。先生はどんなことを重要，必要だと思っておられるのか，電子カルテというのはどうあるべきだというお話を聞かせていただけると今日来た甲斐があると思うのですが。

國領　はい，ありがとうございます。保険制度の話については全くおっしゃるとおりとしか言いようがありません。ただ，こちら側を見直そうとすると，こちら側を減らせという圧力がかかるなかで，納得できる具体論，しかも説得力があるというのが提案できるかできないか，というところにかかっているような気がします。抜本的な構造的な課題というのがきっとあるのだろうと思いつつ，私はそれについては無責任すぎるので発言をやめておく，という感じです。

それから，電子カルテについては先ほど申しましたとおりで，もう取り入れている方は，全くそんなことをお考えになっていないのだろうと思いますが，カルテという言葉にした瞬間に，何かこう今までの既存の紙のカルテがそのまま塗り替えられてくるイメージというものが先に立ってしまっているような印象を持っています。そうではなく，やはり医療に関する記録の流れをどう最適設計すればいいのかというところから考えて取り入れているところは，すごく良いものができている

ような気がします。正直言って，表面的な数字だけ見ると普及率がどんどん高くなっている状況ではありません。

ただそれを無理やりに普及率を高めろ，予算をたくさん突っ込めと言うのにはちょっとためらいがあります。そうではなくやはり中身をきっちり，もう１回考え直し，何のためにやっているのかという，むしろその何のためにやるかというプロジェクトのほうを成果目標としてより前面に出したほうが，電子カルテの普及率そのものを高めろというだけよりもいいのではないかと思っています。その途中の部分が先ほどの曖昧な表現になっています。結論として，やはり導入するものはたぶん電子カルテだろうと思います。

座長　どうもありがとうございました。まだまだご質問もあるかと思いますが，時間の関係もありますので，これで終わらせていただきます。

〈平成16年7月・東京都〉

ITフォーラム

データベース型医療記録システムと戦略的IT化投資

済生会熊本病院 医療情報システム室 室長　松下　龍之介

お話しさせていただく機会をいただきありがとうございます。普段，我々済生会熊本病院で取り組んでいる業務や苦しみをこの機会にお話しできればと思います。我々の取り組みがほかの病院で通用するかは全く考えておらず，我々の病院がいかに生き残っていくかということを主に考えたものです。そのあたりを十分理解していただきお聞き願えればと思っております。

まず簡単に済生会熊本病院の概要を説明し，当院の情報システムの現況，情報システムが進められてきた経緯や背景，それから情報化に対する考え方や基本的姿勢を中心にお話しします。ほかの施設からすればちょっとおかしいといわれる部分も多々あることは十分承知しております。

病院概要

・病院の特徴	急性期特化、臓器別診療体制(センター方式)、専門医による救急体制 専門医による専門ドック、地域完結型医療の推進、人事・評価制度 クリニカルパス、ＴＱＭセンター MRI 4台　CT 4台　血管造影装置 4台　ガンマナイフ 1台　モービルCCU
・病床数	400（個室175） 特定集中治療室 20、ICU 16／NCU 10、開放型病床 10、人間ドック 12
・診療内容	脳卒中センター、心臓血管センター、呼吸器・糖尿病センター 脊椎・関節外科センター、腎・泌尿器センター、外科センター 消化器病センター、健診センター
・職員数	1,138名(平成16年4月現在) (正職員:728、嘱託・臨時職員142、委託職員268) 医師 116　看護師 445　放射線技師 31　薬剤師 23　臨床工学技士 26 臨床検査技師 63　理学療法士 11　栄養士 10　事務職 223 ＭＳＷ 4　その他 187
・医業収益	149億円(平成15年度実績、以下同じ)
・平均在院日数	12.3日　　病床利用率　97.3%
・患者数	入院　377.6人／日　　外来　490.5人／日
・診療単価	入院　66,925円　　外来　22,487円
・紹介率	53.7%
・救急患者数	17,398人(47.6人／日)　救急車搬入数　6,465台
・症例数	手術数　3,951例　　冠動脈造影　2,150例(PTCA・STENT　658例含)
・健診数	26,289人(106人／日)

スライド1

済生会熊本病院の概要

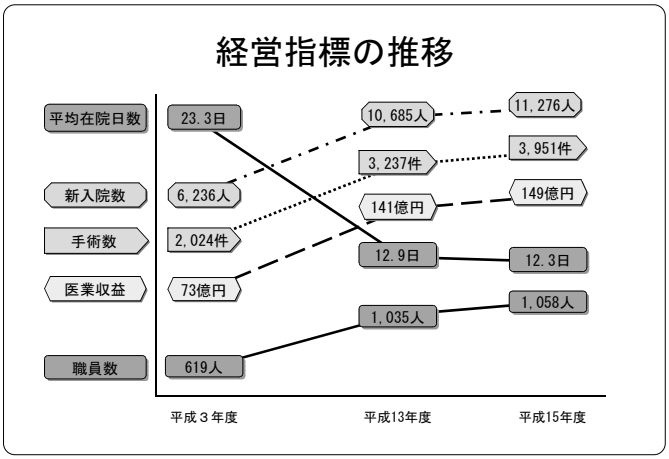
（**スライド1**）病院概要ですが，特徴としては急性期に特化した病院です。臓器別の診療体制，我々はセンター制と呼んでいますがその体制をとっております。具体的な数字をお話ししますと，病床数は400床。職員数は1,100名ほど。昨年（平成15年）度の医業収益は149億円，平均在院日数は12.3日，病床稼動率は97%，診療単価は入院の方が 6 万6,000円，外来が 2 万2,000円，紹介率が54%になっております。

（**スライド2**）経営指標の推移を平成 3 年度の古いデータから昨年（平成15年）度まで時系列でグラフにしていますが，平成 3 年度の平均在院日数が23.3日で，それが徐々に短くなり昨年度は12.3日まで下がっています。平均在院日数の減少に合わせて医業収益が上がっており，当時（平成 3 年）73億だったものが昨年（平成15年）度は149億です。これを支えるのは手術や新入院患者数の部分で，ほぼすべてが倍近くになっていることがお分かりいただけるかと思います。

当院の情報システムがたどってきた道

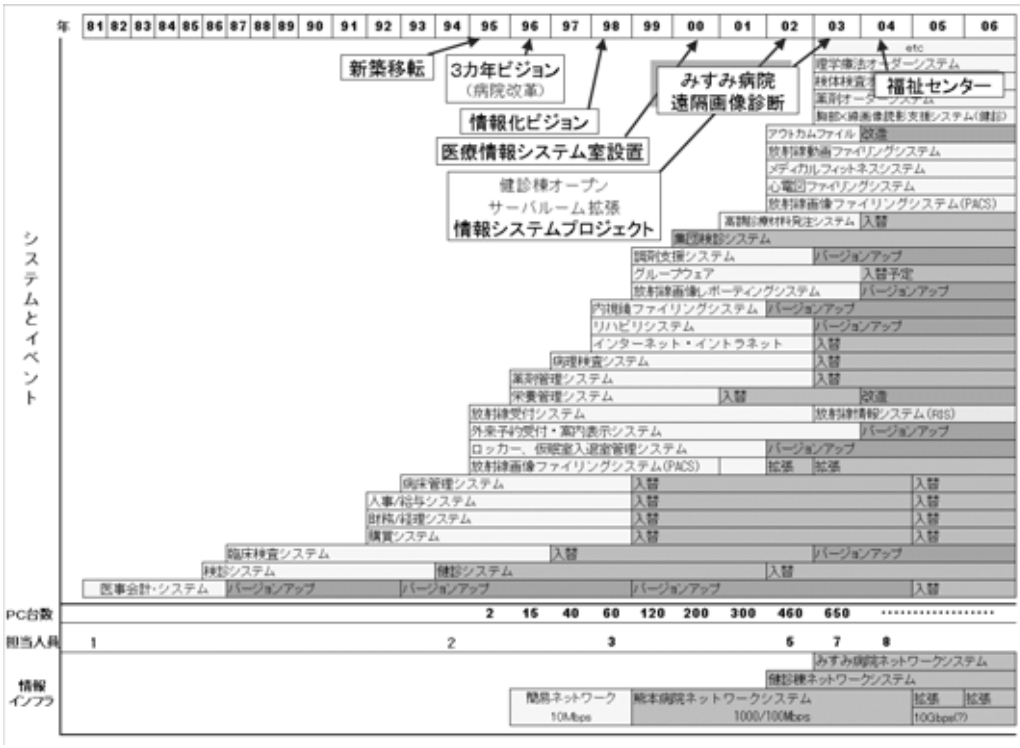
（**スライド3**）当院の情報システムがどのように進展してきたかを時系列で表にしています。古くは昭和56年（1981年）から，多少先のことを予測して平成18年（2006年）くらいまであ

ります。下のほうにあるのは情報インフラをどう広げていったかで，今，済生会熊本病院，健診センターと，30kmくらい離れたところに済生会みすみ病院があり，それぞれが結ばれています。今の病院は平成７年（1995年）に新築移転しています。古くて機能的でなかった病院を新しくということで移転しましたが，その後いろいろな理由で不相応な借金をしてしまい，経営的に非常に苦しい時期がありました。そこを何とか乗り切るために３カ年ビジョン，病院改革と我々は呼んでいますが，それに取り組んでおります。



スライド２

私もこのビジョン作成に加えていただき，経営的な見方や，病院をどういう方向に持っていくかについても勉強させていただきました。その結果として，今の情報化があると思います。情報化というのは，情報化だけが先走りして何かできるというものではないというのが何回もお話に出ていますが，我々も全く同じ考えです。まず病院の方針があり，それにのっとったかたちで経営あるいは医療を支えるためのシステムであるべきだということで，病院移転後からいろいろなシステムが急速に立ち上がっています。我々の所属する医療

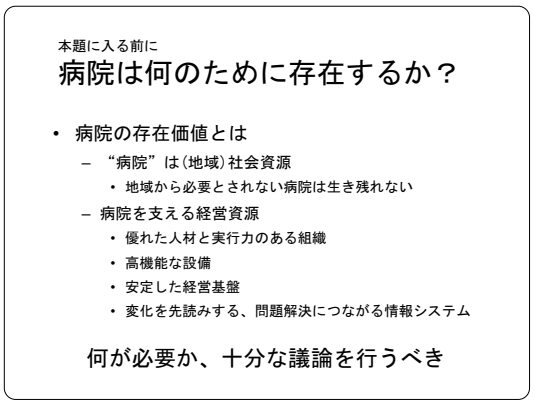


スライド３

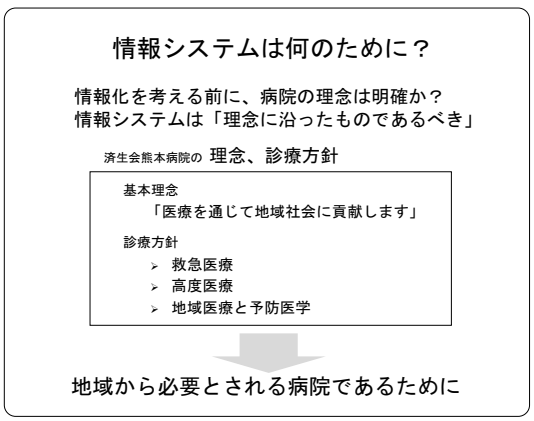
情報システム室がビジョンの流れのなかに初めてできて，現在に至っている状況です。**スライド3**に出ているのはまだほんの一部ですが，これから先どんどん開発していく予定です。

情報システムは何のため

（**スライド4**）次に情報システムは何のためにあるのか，病院の情報システムはどうあるべきかというお話をしたいと思います。本題に入る前に，情報システムの話というよりも病院の存在価値からお話ししないと，本来の情報システムの目的がぼやけてしまうのではないかと思いますので，改めてご説明します。病院というのは，地域住民からすると学校，銀行，道路などと同じ社会資源だと思います。地域に医療機関がなければ安全な生活は送れません。そういう意味で社会資源だという認識をもとに，地域から必要とされる病院でなければ生き残れないと我々は常々考えております。



スライド4



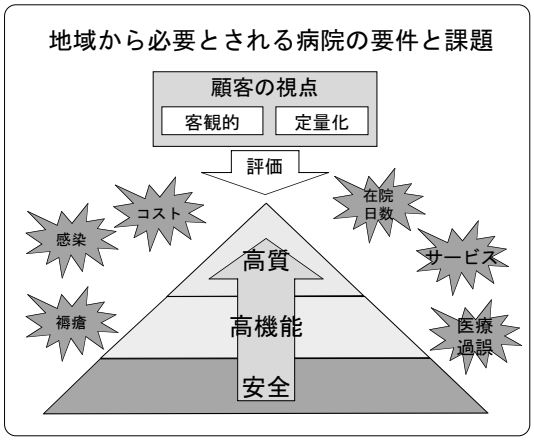
スライド5

熊本市の2次医療圏というのは大体人口が70万人，病院数が95，診療クリニックが550ほどあり，非常に医療過密地帯です。急性期の病院も非常に固まっていて，それぞれが独自の工夫をしながら生き残っていく体制をとっています。そうしたベースがあることから，我々の病院はどうやって生き残るか，地域からどう必要とされていくかを中心に考えております。病院の経営を支えるための人・物・金・情報という4つの資源をいろいろ検討しながらやっていくということです。

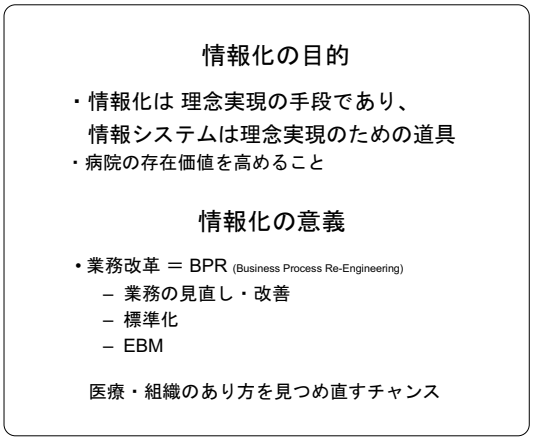
ただ人がいればいいということではなく，きちんとした教育，きちんとした設備を入れ，地域から必要とされることを考えなければいけないといわれています。それから，経営のほうもしっかりとした経営をやらなければきちんとした投資はできないので，経営基盤をしっかりさせようではないかということで，この3カ年ビジョンは経営基盤を重要視しました。それがあるからこそ今があるということがいえると思います。

情報システムですが，第4の経営資源である情報をいかに生み出すのか。現状の霞にかかったようなもののなかから必要な情報をいかに出して先読みしていくのか，あるいは経営戦略を立てていくのかということが非常に重要です。そういう意味でいろいろなことについてきちんとした議論を院内で行うことが非常に重要です。我々の病院のなかでは日々喧々囂々（けんけんごうごう）の議論ばかりです。ドクター，ナース，我々事務職を含めていろいろな職種がディスカッションをし，病院はどうあるべきかを話しております。

（**スライド5**）情報システムは何のために，ということを改めて考えると，情報化を考える前には必ず病院の理念を明確にしておくべきではないかと思います。つまり，情報システムというものは理念に沿ったものでなければ全く意味をなしません。特に我々は済生会という全国グループの1つですが，独立採算ですので経営が危うくなれば当然潰れます。そういう意味でしっかりとした経営をやっていくということです。我々の方針は医療



スライド6



スライド7

を通じて地域社会に貢献する，地域から必要とされる病院を目指すということです。

（**スライド6**）この理念に基づいて我々がどういう方向に医療を持っていかなければならないかを見直してみると，当然なことですが安全な医療を地域に提供する，さらに高機能であるということ，もう1つは高質な医療を提供するということが重要ではないかと思います。ただそれらを簡単にできるご時世ではないことは皆さん十分ご存じだと思います。褥瘡であったり，感染であったり，最近はコストダウンという部分が非常に強く叫ばれていますし，在院日数短縮はとどまる所を知りません。また，患者さんのニーズや医療過誤といった部分があります。これらを踏まえて病院がどういう状況にあるのかを，顧客の視点で，常に客観的に定量化し評価していくことが病院の質を高めることにつながると思います。

（**スライド7**）我々の病院では情報化の目的を明確にしています。木村通男先生からお話があったように（2月号100ページ参照），IT化することが目的と思われがちですが，そうでもないということです。情報化は病院の理念を実現するための1つの手段でしかない。情報システムというものは道具でしかないということをしっかりと考えながら，それらを通じて病院の存在価値を高めることだと思います。

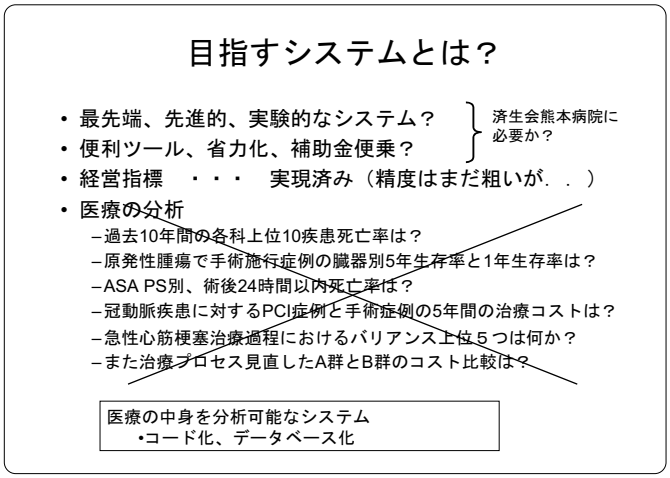
もう1つ情報化の意義という部分は，1960年代くらいからコンピュータがいろいろなところで導入されていますが，当時から情報化は人の手作業を機械化することが目的ではなく，業務を変えることが目的だといわれていました。ところが最近はそうではなく，今の医療界のITバブルを見れば，業務を変えるといったところに焦点が当たっていないのではないか，そこが我々が危惧するところです。

我々の考えは情報化を機会に業務改革をしようということです。当然そのなかに，標準化やEBMベースの医療をやることが非常に重要なキーワードになってきます。情報化するにあたって，職員には医療と病院の組織というのをもう1回見つめ直そうという話をよくします。

当院が目指してきた情報システム

（**スライド8**）ではどういうシステムを目指すのか。我々は済生会ですから資金が潤沢で，しかも補助金をもらえると思われていますが，そういうことは全くありません。最先端を目指すとか先進的なものとか実験的なというところも全くありません。

当然，便利にするためのツール，情報化という意味も全くなく，省力化もありません。**スライド8**に補助金便乗ということを書いていますが，我々も補助金の話をいただき検討したのですが，できないという結論に達しました。なぜならば，1億から2億弱の金額で，1年から短くて半年の間にシステムを開発し軌道に乗せることが可能か



スライド８

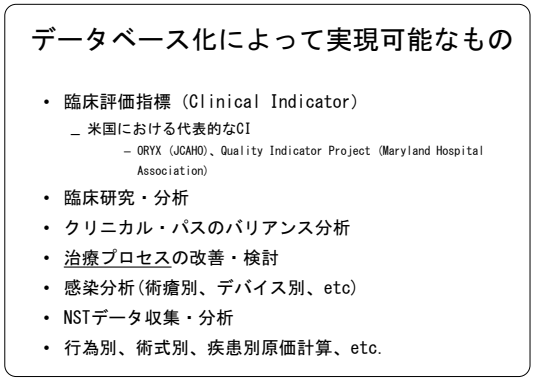
というと，我々の職員では絶対にできません。現場が強いポリシーを持っているので，それらを変えるというのは並大抵のことではありません。そういった意味で，済生会熊本病院にこれらは本当に必要なのかというところです。

現状でもある程度の経営的な指標が出ていて，情報化する意義は経営の部分には相当あると思います。そういう部分があるので，多少精度は粗いのですが，これからシステム化することでより精緻なデータが出せるのではないかと思っています。

次に，医療の分析はどうなのかについて見てみましょう。我々がやりたいものをいくつか挙げています。例えば，過去10年間の各診療科での上位10疾患の死亡率はどうなのか。これも簡単には出せません。原発性腫瘍で手術症例の臓器別の５年生存率と１年生存率はどうのなのか。死亡率を出すことは簡単ですが，生存率は追跡調査が必要になってきますから体制をどうするのかという部分が当然出てきますし，例えば手術の麻酔分類別の術後24時間の死亡も，麻酔分類をきちんと取っているのかといわれると非常に怪しいです。冠動脈疾患に対してインターベンションをやった症例と外科的な手術をやった症例で５年間のトータルコストはどれだけ違うのかとか，またその成績はといったものも非常に難しいです。ところが現場はこれを求めるわけです。急性心筋梗塞の治療過程におけるバリアンス，クリニカルパスでいう逸脱，予定する治療から外れていったものの上位５つは何なのか。またはそのプロセスを見直したとした場合にそれぞれA群とB群に分けて成績を見たときに，コスト比較がどうなっているのかというのも非常に難しい話です。現状もできないし，将来的に数値をどう出していくのかを考えると，分析可能なシステムにするためにはデータをコード化，データベース化していくことが重要ではないか。そうしたシステムを目指したいと考えています。

（**スライド９**）どういうことでデータが出せるのか，先ほどから何回も出ていますけれどもクリニカルインディケーターです。アメリカのJCAHOでは20年くらい前からやっていると聞きます。診療現場の先生方，コメディカルを含めた臨床研究の分析もサポートしていかなければ現場のモチベーションは上がらないのではないかと考えています。

パスのバリアンス分析をやることで治療プロセスをどう改善していくのかという工程も１つ見えてくるのではないかと思います。それから感染の分析，術瘡別だったりデバイス別だったりいろいろなものがあります。それから栄養管理，NSTの部分も出てきますし，診療行為ごと，術式ごとの疾患別の原価計算も当然可能になってくるのではないかと思っています。すでにやっている部分もありますが，まだまだできていないというのが



スライド９

現状です。

当院の情報化，システム化の方法

（**スライド10**）情報化の方法ですが，我々は情報化する前にやるべきことがあるだろうと普段から言っています。例えば，カルテ・いろいろな記録・行為などの標準化をきちんとやって組織体制をつくろうではないかと，副院長ともいろいろ日常的に話をしています。組織がいいかげんだと，どんなに良いツールを使ってもきちんとした成果は出てきません。特に我々には民間病院として地域の医療を担うという大きな役割があり，きちんとした体制をつくることは非常に重要です。

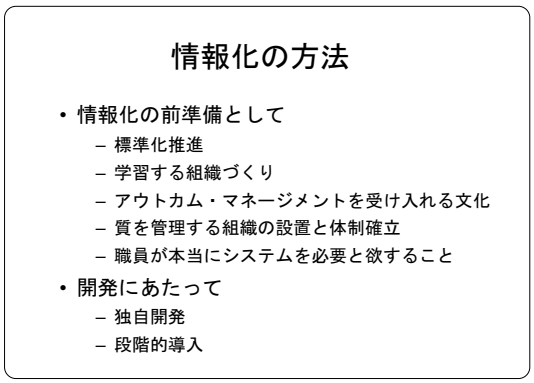
それからパスをやっていますので，あとでアウトカム・マネジメントという話をしますが，このアウトカム・マネジメントを受け入れる文化をきちんと調整していくことも非常に重要です。それからデータが取れるようにはなったけれども，それから先が全くPDCAサイクルに乗っていかないことが非常に問題になってくるので，質をコントロールする，あるいはマネジメントする組織体制はどうするのか，どういうふうに教育していくのか。これは担当だけではなく，診療現場のスタッフも同じように教育していく必要があると思います。

もう１つ重要なのは，我々の病院がトップダウンではなかなか進まないという話をしましたけれども，情報化に対する意識は非常に高いです。ただ実際問題としていろいろな不都合が生じてきます。それらの問題と理想をどうやってすり合わせ現場がやはりそれでも欲しいというシステム体制をつくっていくのかという，ニーズの情勢も非常に重要です。

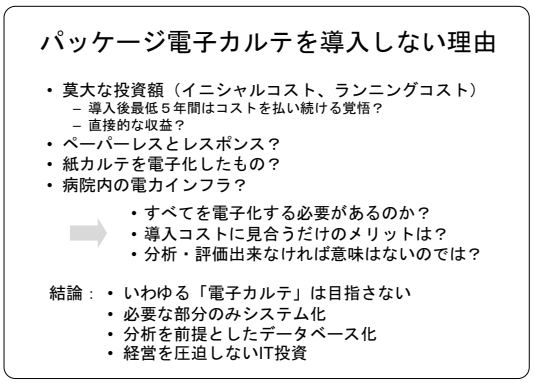
我々は開発にあたって，どういうふうに開発していこうかといろいろなものを参考に見てきました。病院見学させていただいた施設が何施設かあると思います。そういったものをそっくり持ってくるのではなく，ソフトやメーカーと共同で独自の開発を段階的に行い，導入していくという方針を立てております。

（**スライド11**）段階的というのが非常に難しく，市販の電子カルテを買ったほうが安くて早いのではないかという話をよく聞きます。確かにそのとおりです。ところが受け入れる文化がない。いろいろ検討し，非常にコストがかかるというのはこれまでお話があったとおりだと思います。導入費，維持費，最近はPC，サーバーを廃棄するときも非常にお金がかかります。そういった部分をどうしていくかという問題。導入して５年間は少なくともお金を払い続けることになることの覚悟はあるのか。電子カルテを入れて直接的に患者数が増えるかどうかは想定していません。ですから直接的な収益を生まないのでどうするのかという部分です。

それから木村先生のお話でもありましたけれども，ペーパーレスというのは非常に難しいですし，レスポンスが悪いという話もよく聞いています。ついでに言えば，紙のカルテをそのまま電子カル



スライド10



スライド11

テ化し，何のメリットがあるのかというのが一般的に当院の職員の口から出てくることです。電子化の情報共有という部分では非常にメリットがあるというのは分かりますが，やはり多額の投資に見合うものがあるのか。

それともう１つ，当院は災害拠点病院という地域の位置づけですから，災害時にどういう対応ができるのか。停電して電子カルテが見られるのかという話は当然出ます。毎年１回，点検停電をやりますが，そのときも大騒ぎをします。そういう状況ですから電力インフラをどうするのかというのが非常に大変なところです。また新築できれば別の話ですけれども。

そういったものをいろいろと考え，我々の疑問は，すべてを電子化する意味はどこにあるか，導入コストに見合うだけのメリットは何なのか，分析評価できなければ意味がないのではないかということです。我々の出した結論はいわゆる電子カルテ，最近の医療情報学会の定義にある電子カルテではなくて，かなりの部分でペーパーレス，あるいはシステム化するという部分は目指さないという方向をはっきりと打ち出しています。必要な部分からシステム化すると。当然，分析することを前提にしますからデータベース化しようと。特に記録などの部分は，ワープロ的な叙述記録という部分はできればやりたくないということです。もう１つは，我々は独立採算が前提になるので，経営を圧迫しないことが非常に重要なポイントです。

（**スライド12**）もう１つ段階的に独自に開発する大きな理由があります。ほかの産業では情報化をするうえでは標準化をするということをよく聞きます。ところが医療はその標準化が進んでいるのかといわれるとはなはだ疑問です。木村先生が標準化を一所懸命やっていらっしゃるので今後は期待できると思いますけれども，医療の中身そのものもやはり標準化する。画一化ではなくて標準化という部分をしっかりやらないと絶対に情報化は失敗するのではないかと私は考えています。

独自開発・段階的な開発の理由

- 他産業において「情報化の前提は標準化されてること」が常識
  - 医療界では標準化が未整備。情報化しても効果は薄い。
    - 用語（言語）、診断基準、病名、手順、etc.
  - 当院ではクリニカルパスにて標準化が進行中
    - クリニカルパスからシステム化
- クリニカル・インディケーターの全貌が見えない
- 同時に多くのシステムを導入するとリプレースが大変

スライド12

そういう部分で用語の統一や，診断基準，病名はある程度MEDISやICDがあるけれども，その病名の部分で臨床現場の先生ごとにそれぞれ価値観が違うわけですから，同じ病名をつけたとしても微妙に違うのが現状です。特に急性期で初期治療をやるうえでこの病名の違いというのは非常に大きな問題があとあと出てきます。

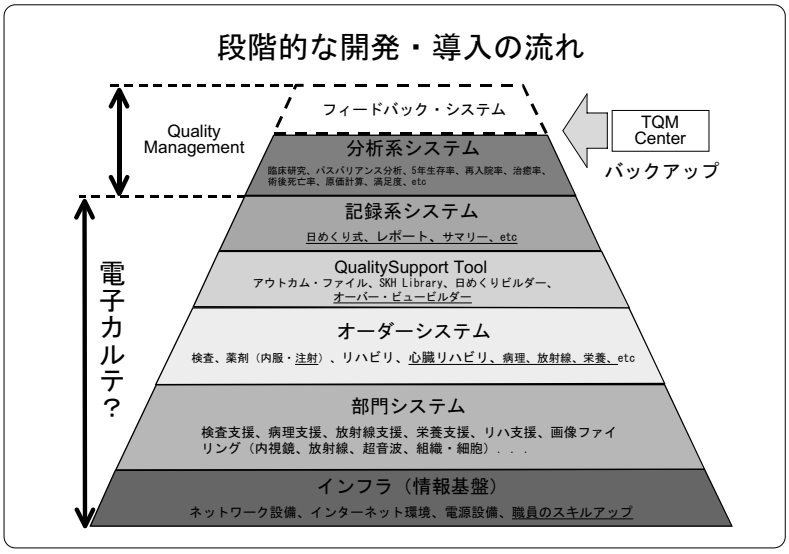
そういう面で，我々は幸か不幸かクリニカルパスを導入しているので，標準化に対する考え方は職員も非常に明るく，熱心にやろうという気風があり，我々は非常に助かっております。

もう１つ重要な，質を測定するという部分では国立病院機構でもクリニカル・インディケーターを取ってベンチマークをするという活動がすでに行われています。日本ではこのクリニカル・インディケーターの全貌がなかなかつかめないというのが現状ではないかと思います。皆さんインターネットで検索されると分かると思いますが，具体的なクリニカル・インディケーターが明記されたものはなかなかありません。例えば，比較的簡単そうですけれども，再入院率を出すときに再入院とは何かという定義を皆さんご存じですか。入院して，また１カ月以内に入院してきたことを再入院と呼ぶのか。同じ病名だったら再入院なのか。あるいは例えば狭心症で入院し退院して，その後に心筋梗塞で入院してきた場合に再入院と呼ぶのかと。こういう定義は皆さんしっかり議論する必要があります。クリニカル・インディケーターを取るうえでは非常に重要なキーワードです。

段階的にという部分でもう１つは，一気に導入すると非常にコスト的に苦労します。５年に１回

ドンとお金を使うだけの余裕が我々の病院にはないので，なるべく年ごとに平均化して導入していきたいと考えています。

たとえ話で悪いのですが，良いバットを買えばホームランが打てるか，試合に勝てるかということと全く同じで，電子カルテを入れたら医療の質が上がるということは決してないはずです。あくまでも道具ですから，道具を使いこなす腕や技量が非常に重要ではないかと思います。



スライド13

（**スライド13**）具体的に，段階的な開発・導入の流れをお話ししますと，我々はまず情報基盤，インフラをきちんと整えていこうと。最初にいろいろなシステムがあると申しましたが，病院が移転してネットワークがすぐ破綻しています。情報インフラが非常に弱かったということで反省し，つくり直しているわけです。そういうインフラをしっかりする。そのうえで部門のシステム，診療を支える各部門のシステムをしっかりやっていく。そしてオーダリングをつくり，それからこれは我々の独自のシステムですけれども，クオリティ，品質を測定するためにいろいろな仕組みとしてツールをつくっている最中です。そのうえに記録というものが出てくるのではないかと思います。これでも完全電子カルテとはいえないと私は考えております。

ここから先が重要なところで，きちんと分析をする。最近はOLAPなどのいろいろなデータ・マイニング・ツールが非常に安価に出ていますので，正確な数値のバロメーターの設定さえすれば出てくると思いますが，実際はここから先が本当は重要です。PDCAのサイクル内では診療現場にフィードバックする，見直して改善の策を現場に提示・提言することがいわゆるクオリティ・マネジメントにつながると思います。

いろいろな病院がアメリカなどいろいろな所を見習いながらやっていますが，日本にも素晴らしい品質管理があります。トヨタの改善という部分，製造業でこの改善を見習わずして何ができるのかということでこういった話になっているのですけれども。

実際，我々の病院ではTQMセンター，トータルクオリティ・マネジメントをやる部門ができています。まだ完全なかたちでのTQMということにはなっていませんが，褥瘡の管理やパス，栄養，それから最近では死亡率といったものをサーベイしながら現場にフィードバックするということで，褥瘡の発生率や感染の発生率が半減しています。

医療の質にどう取り組むか

（**スライド14**）ここで改めて医療の質とは何かという話をします。一般的に医療の質という部分を大きく分けると，いわゆる医療の構造がきちんとしているのか。これは例えば病院の建物はしっかりしているか，人員体制は大丈夫か，組織は動きやすくなっているかというものです。それからプロセスという部分では診療を行ううえで必要なマニュアルが整備されているか，手順が決まっているか，といったものです。プロセスが非常に重

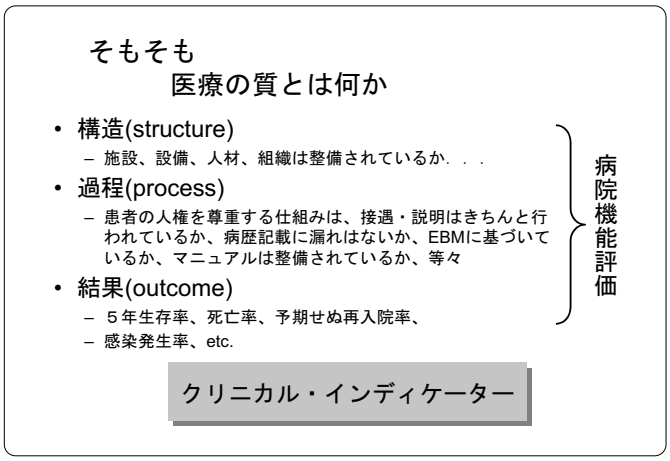
要であると。最後にもう1つ，今できていないところですけれども，アウトカム。結果を見て質を測定する，あるいは改善につなげるという部分です。

スライド14の上の2つはすでに病院機能評価でいわれている部分ですから，各病院が非常に熱心に取り組まれていると思います。ただ最後のアウトカムという部分がまだまだです。これがいわゆるクリニカル・インディケーターではないかと思っております。

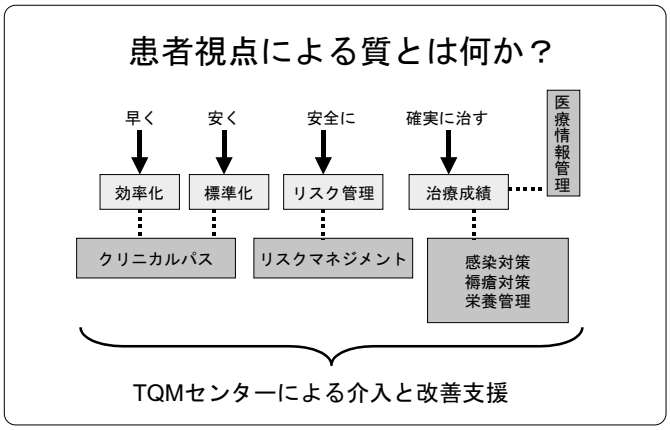
余談ですけれども，アウトカムによる品質管理について，品質管理の父，TQMを提唱したデミング博士が「測定できなければ管理できない」，「比較できなければ評価できない」と言っています。そういう意味では外の病院と比較することも大事ですが，院内でどれだけ数字を把握するかという部分が大事で，我々は今，力を入れております。

（**スライド15**）もう1つ重要なのは，患者さんから見た質とは何かということで，一般的には，「早く」「安く」「安全に」「確実に」治すことです。当然これを支えるためには，きちんとした効率化・標準化をし，きちんとしたマネジメントをすることが重要になってきます。我々は現在，クリニカルパスや，いろいろなマネジメントの体制を整えております。そういう部分をTQMセンターがバックアップをしながら診療現場に介入し，改善支援していくということです。

スライド16は『US News』というアメリカの雑誌ですが，毎年ベスト・ホスピタルズというランキングがあります。2004年度版のHonor Rollということで，よく聞くジョン・ホプキンス，メイヨー・クリニック，マサチューセッツ・ゼネラル，クリーブランドなどが出ています。カテゴリー別に見ると，心臓領域の部分のランキングも出ており，この評価する指標に先ほどのプロセスだったり，ストラクチャーだったり，アウトカムといった部分が入っているのを非常に興味深く思いました。レジステイト・ナースが患者当たりどれくらいいるのか，死亡率がどうなのか，評判がどうかというReputational scoreなどがあり，トータルでU.S. News indexというスコアがついています（**スライド17**）。わが国でもこういったものが将来たぶん出てくるのではないかと思います。病院機能評価でもこういうベンチマーク測定をするという話はすでに出ていますので，いずれは出てくるだろうと思っています。これについては，良い悪いは別にして，少なくても内部ではデータを取っていきたいと思っています。



スライド14



スライド15

スライド16

***U.S. News* index.** Combines reputation, mortality, number of discharges, and other measures to summarize quality of care. The top-ranked hospital in each specialty receives a score of 100.

Reputational score. Percentage of a specialty's responding board-certified physicians who named the hospital in *U.S. News* surveys in 2001, 2002, and 2003.

Mortality ratio. Deaths of Medicare patients from admission to discharge in 1999, 2000, and 2001, compared with deaths expected after adjusting for severity. Above 1.00 is worse than expected; below 1.00 is better.

Discharges. Number of Medicare patients discharged in 1999, 2000, and 2001 after receiving specified care.

R.N.'s to beds. Ratio of full-time, on-staff registered nurses to hospital beds. Higher is better.

Technology services. Number of key specialty-specific technologies offered. Half credit is awarded if a service is provided off site but locally.

NCI cancer center. Designated a "clinical" or "comprehensive" cancer center by the National Cancer Institute.

Hospice, palliative care. "H" indicates presence of a hospice program; such programs provide pain relief and other care for the terminally ill and their families. "P" indicates presence of a palliative-care program, with trained caregivers who provide pain relief, control ongoing symptoms, and offer counseling.

Trauma center. "Yes" indicates certified trauma care center.

Discharge planning. Of three services (patient education, case management, patient representatives), the number offered.

Service mix. Of nine patient and community services (such as hospice or home healthcare), the number offered.

Geriatric services. Of seven (such as adult day care and an arthritis center), the number offered.

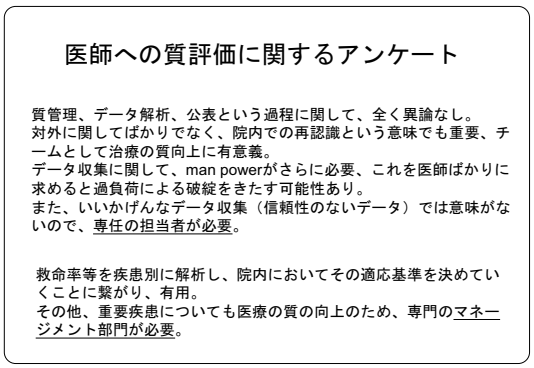
Gynecology services. Of four (obstetric care, reproductive healthcare, birthing rooms, women's health center), the number offered.

Medical/surgical beds. Intensive-care surgical beds (only in kidney disease).

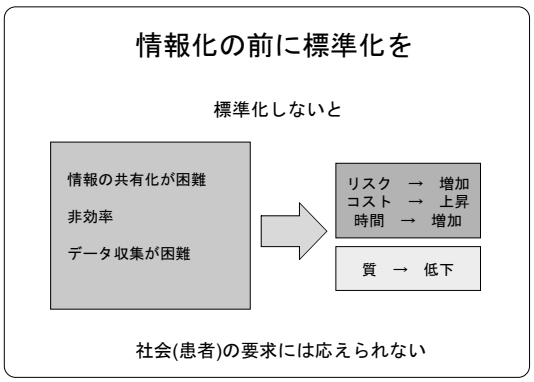
スライド17

昨年（平成15年）から，我々の病院で情報システム・プロジェクトを３カ年計画でやっていますが，各診療科のドクターに質の評価に対するアンケートを行いました（**スライド18**）。反発されるだろうと覚悟していたところが全く逆で，測定することは非常に賛成であると。ただ急性期の平均在院日数12日の病院ではそれをやるだけのマンパワーがありません。職員が1,000人いても先生方が帰るのは９時，10時も珍しいことではありません。そういった病院でどうやって測定するのかというところが非常に不満の元凶です。ですからある先生の一意見ですが，専任の担当者ときちんとしたマネジメント部分が必要だ。それから院内においてきちんとルール化してほしいという意見が出ております。

我々はそういう部分の診療現場の支援，そして要望を受け止めて，何とかしたいと考えているわけです。



スライド18

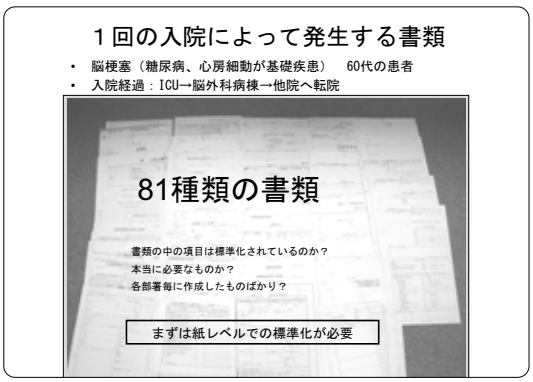


スライド19

情報化の前に標準化を

（**スライド19**）標準化しないとどうなるのかという話をしますと，リスクは当然増加します。コストも上がります。時間もかかるし，品質が全体的に下がります。こういう状況で地域社会，患者さんだけではなく地域の先生方，自治体を含めて期待に応えられるのかというところで標準化は非常に重要だということです。**スライド20**は１つの例ですが，脳梗塞の患者さんのカルテの中身です。１回の入院で書類が81種類あります。この書類数は，各部門あるいは職種がこれがないとチェックが漏れるからということで次から次につくられていったものです。部門・職種のなかだけで検討したもので，よくよく中身を見てみますと，例えば病名の欄が疾患名・疾病あるいは＃１＃２と書いてあったり，欄が１つ大きく設けてあるだけで主病名が何かということすら分からないようなものもあります。言葉の統一は全くできていません。本来，よかれと思ってつくったものが実際は診療の手間を非常に増やしていますし，二重，三重，四重に作業が発生します。当然，記入漏れなどいろいろなリスクも発生するわけです。冒頭にお話しした情報化する前にやるべきことがあるという部分はここです。

（**スライド21**）よく診療内容，クリニカルパスは画一化するといわれますが，そうではないということをくり返し申しあげます。同じ病気で同じ治療方法だったらどうなのか。今は10人医者がいれ



スライド20

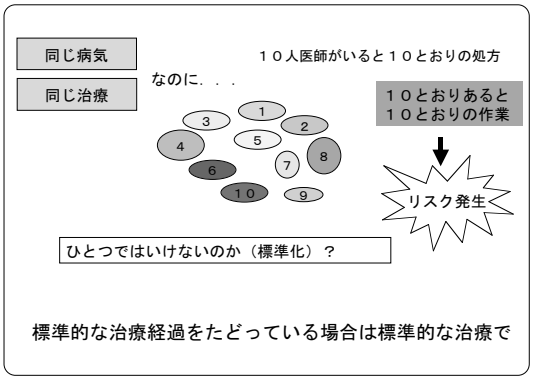
ば10人のやり方があります。抗生剤などその最たる例で，同じ効能の薬剤，抗生剤が10種類ある。そのエビデンスは何なのかといわれると，「医局で教えられたから」ということをよく耳にします。こういった部分が標準化できないのか，１つではだめなのか。標準的な治療経過をたどるものは標準的な治療方法でいいのではないか，というのが考え方です。ですからこれから外れるものに対してどう個別性を高めていくのかという部分が，質の高い医療をやるうえで必要不可欠ではないかと考えています。

どの範囲までデータを収集するか

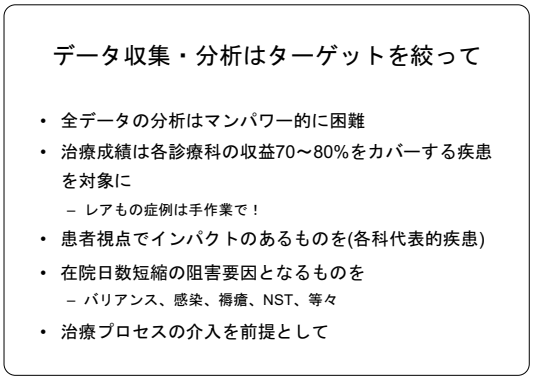
（**スライド22**）もう１点，情報化するうえで我々がよく診療現場と議論するのは，データ収集をどこまでやるのかということです。珍しい症例，例えば年に３例くらいしかないような症例まで取るのか，どこまで精緻にデータを取っていくのかという話があります。先ほども申しましたようにマンパワーは足りません。全データは取れないということは間違いなく分かっています。そういう面からはっきりと割り切って，各診療科の収益の70%から80%をカバーする疾患に絞ろうではないかと。レアもの症例は手作業でお願いするということです。

もう１つ，患者さんから見たときに済生会を代表するような治療あるいは疾患に対しては，しっかり管理をしていく。

また，平均在院日数の阻害要因となるような褥瘡や感染なども十分管理してデータ分析をしていくという方向です。平均在院日数を短縮するのは儲け中心でやっているからだろうということをよくいわれますが，我々の病院は地域のニーズがあるからこそ平均在院日数を短くしているわけです。紹介率が54%でなおかつ病床稼動率が97%を維持するためには，病棟をうまく回転させることが重要です。地域の先生からそれだけ期待されているわけですから，それに応えるためには在院日数を短くしていくしか方法がありません。 熊本市はベッド数の過剰地区ですのでこれ以上ベッド数



スライド21



スライド22

は増やせません。そういう意味では在院日数を下げる。幸か不幸か熊本市にはリハビリ病院が数多くあるので，その病院とうまく協調しながらできるかと思います。

それともう１つは治療プロセスに介入するということを前提に分析しようと。PDCAサイクルを回すという部分です。

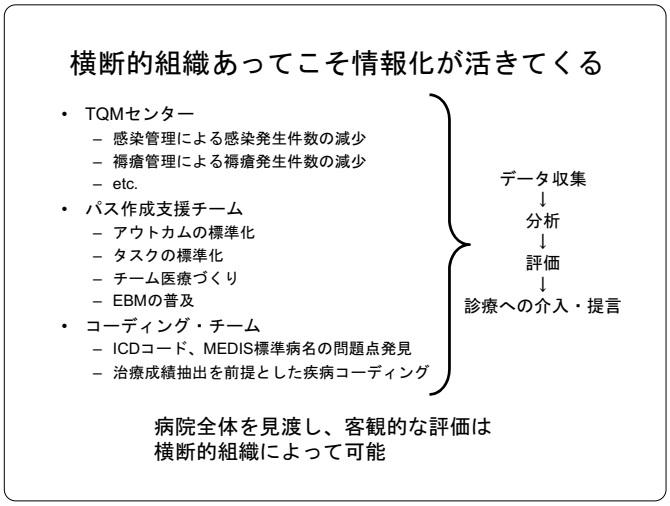
組織で取り組むことで情報化が活きてくる

（**スライド23**）次に，我々は，情報化はあくまでも道具なので道具を使いこなすための体制が重要だと考えております。例えば褥瘡を減らそう，感染を減らそう，少なくとも半分にしようというときにドクター１人の力ではできません。いろいろな職種が努力して感染の数が減るということです。ですからチーム医療，患者さんにいかに高質な医療チームを提供するのかということが鍵です。そこで，後方からチームを支援するためのいろいろな情報・アドバイス・提言が重要になってきます。

そのためにTQMセンターというものがあり，クリニカルパスを推進するという意味ではクリニカルパスの作成支援チームがあります。クリニカルパスでいうところのアウトカム，先ほどの質の評価の部分のアウトカムとは別の部分ですが，そのアウトカムを標準化したい，あるいは看護ケアにおけるタスク仕事を各病棟あるいは各診療科それぞれ違ったものが数多くありましたけれども，これらを標準化したい。

チーム医療の組織をしっかりつくっていくというのもこのパスの作成支援チームがやっております。それから今立ち上げているのが，ICDのコーディングです。コーディングは診療情報管理士や診療情報技師だけでは完全なものはできないと思っています。疾病統計だけで十分可能だと思いますが，我々が目指す治療成績を測定するという部分は診療情報管理士だけでは無理ではないかと思います。そういう意味でドクターやコメディカルを入れたコーディングチームが非常に重要になってきます。そのなかでいくつか成果らしいものもあるので，あとでご紹介します。

こういう横断的な組織があり，データ収集をし，分析し，評価して診療へ介入・提言する仕組みがつくれるのではないかと思います。客観的に，というのが非常に重要なキーワードです。



スライド23

スライド24

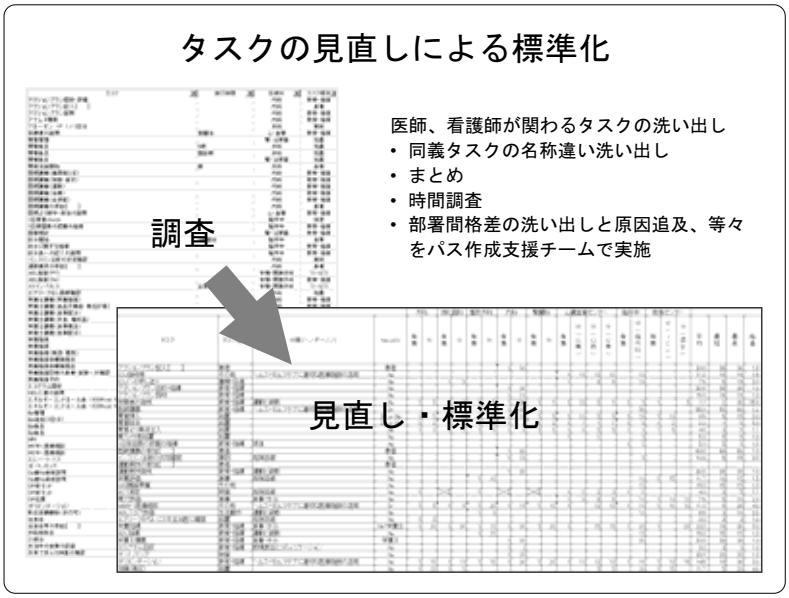
スライド24はクリニカルパスの作成支援チームの活動の状況です。新規にクリニカルパスを作成するにあたってワークショップというものをやります。支援チームには看護師・臨床工学技士・理学療法士・放射線技師などいろいろな職種が入りますが，ここに事務職も入っているわけです。コストはどうなのかなど診療の現場の先生方といろいろな話をします。先生の言いなりではなく，先生に対して悪いものは悪い，エビデンスがないものはないとはっきり言うことで抗生剤の使用量が減ったなどが現実に起こっています。

この横断的組織で非常にいいのは，改善という部分もありますが，仲間意識が生まれて非常に良い組織風土ができることです。良い意味での連帯感で，「ここがちょっと悪いんだけれどどうしたらいい」というような，普段話したことのない違う部署の人にも気軽に言えます。ケンカもしますけれども，それだけ突っ込んだ話ができるのは非常に重要なことではないかと思います。

（**スライド25**）実際に改善の例ですが，ケアに関するタスクの部分です。各病棟にタスク調査を依頼し，800と

か1,000という数が出てきました。そのタスクを支援チームのほうで内容を洗い出し，内容が同じで言葉が違うもの，あるいは言葉は同じだけれども中身が全く違うものを洗い出しています。それぞれにタスクの時間を調査していただき，いちばん時間が短いものと長いものの差を見て2倍以上あるもの，あるいは4倍以上あるものについて，なぜそれほどの時間差があるのかという調査もして，標準化に結びつけようと思ってやっております。

つい先月ですけれども，クリニカルパスと情報システムとTQMセンターの合同合宿を，170名の参加を得て2日間やっております（**スライド26**）。今までは熊本市から阿蘇のほうに出かけて行ってやっておりましたけれども，今年（平成16年）は熊本市内の結婚式場に，テーブルを19くらい用意し，病院にあるプロジェクターをすべて集めて行いました。新しくクリニカルパスをつくろうと，いろいろな職種が混じってつくりました。それが非常に効果を発揮して，またやろうという方向で進んでいます。非常に良い傾向だと思っております。結局，質のコントロールという部分では組織体制をつくることが良い結果につながるのではないかと思います。



スライド25

スライド26

コーディングにはまだ難しい問題がある

（**スライド27**）もう1つ，コーディングチームでもいろいろなことをやったという話をしましたが，ICDコーディングはすでにご存じだと思いますけれども，もう1回復習します。ICD－10，ICD－9 CMというのはあくまでも疾病統計，あるいは

死亡統計などに使います。米国ではDRG，日本ではDPCというもので使われていますが，元々の目的はそういったものです。そういう部分でのコーディングというのはコードとICDコードと病名を紐で結ぶという作業になると思います。いちばん理解しなければならないのは，ICD－10は病名集ではないという部分です。実際にコードを見た方は分かりますが，診療現場で使うのは非常に違和感を覚えるのではないかと思います。**スライド28**はICD－10のサンプルですけれども，急性心筋梗塞というカテゴリー，病名を見てみますと，Ⅰの21という大きな分類があって，そのなかにきちんとした説明があります。急性と明示された，または期間が発症から4週以内と記録された心筋梗塞。これを見て心筋梗塞か，と診療現場の先生方に1回お聞きしてください。急性期治療という意味では我々の病院では4週以内の心筋梗塞は急性心筋梗塞と呼びません。時間によってどういう治療法が適切なのか，どうあるべきなのかという議論を日々やっております。ですからICD－10で質を測定する，治療プロセスを見直すことは簡単ではありません。その下に詳細分類ということで前壁のとか下壁のとかということで，この次に急性貫壁性という言葉があります。そういう分類になっております。

もう1つが最近電子カルテではよく使われるMEDISの標準病名マスターです（**スライド29**）。ICD－10が非常に使いにくいということは皆さんご存じのとおりで，それを日本の病名集として独自に編纂したものと聞いています。当然ICD－10との紐づけがされていて，いわゆる電子カルテ用です。普段の臨床の現場では，病名表記の仕方が非常に分かりやすく，ドクターが病名を検索して選ぶことでICDコーディングが簡単にできるということがよくいわれます。1つ言えるのは，内容がまだ定まっていないというか，よく見直しをかけているのでよくバージョンアップします。ここが非常に怖いと私は思っております。

スライド30は標準病名マスターのサ

ICDコーディング

- ICD（国際疾病分類）とは
  - WHOにより制定
  - 死因や疾病の発生を明らかにするための分類
  - 国際比較するための統計分類
  - 10年に1回修正。現在は10回目の「ICD-10」
  - 病名集ではない
  - 処置・手術は「ICD-9CM」
- ICD-10の利用
  - DPC、電子レセプト、死亡統計、疾病統計、クリニカル・インディケーター等
- コーディング(Coding)とは
  - 診断名をICD-10にひも付けする作業(コード付け)

スライド27

ICD-10　サンプル

I21　急性心筋梗塞
包含：急性と明示された、または期間が発症から4週(28日)以内と記録された心筋梗塞
除外：心筋梗塞：
再発性（I22.－）、陳旧性（I25.2）
慢性と明示されたもの、または期間が発症から4週間(28日)を超えると記載されたもの(I25.8)
急性心筋梗塞の続発合併症(I23.－)、心筋梗塞後症候群（I24.1）

I21.0　前壁の急性貫壁性心筋梗塞
前壁中隔、前側壁、前壁心尖、前壁NOS

I21.1　下壁の急性貫壁性心筋梗塞
横隔膜壁、下側壁、下後壁、下壁NOS

I21.2　その他の部位の急性貫壁性心筋梗塞
心尖・側壁、後基部、基部・側壁、後側壁、高位側壁、後壁中隔、側壁NOS、中隔NOS、後壁(真性)

I21.3　急性貫壁性心筋梗塞,部位不明
貫壁性心筋梗塞NOS

I21.4　急性心内膜下心筋梗塞
非貫壁性心筋梗塞NOS

I21.9　急性心筋梗塞,詳細不明
心筋梗塞(急性)NOS

スライド28

MEDIS　標準病名マスター

- 標準病名マスター
  - 医学用語辞典を参考に選定された「病名集」
  - ICD-10と“紐づけ”
  - 電子カルテ用
  - 医師による病名付けでICDコーディングが簡単に？
  - よくバージョンアップする

スライド29

ンプルを一部抜粋したものです。いわゆる心筋梗塞と急性心筋梗塞に合致するものがどこかというところで取ると，標準病名マスターは病名表記番号を管理のキーワードにしています。実際のこの病名の表記の仕方は診療で使うものと非常に近いものです。その後ろにICD－10のコードが振ってあります。これの何が問題なのかというと，院内で特に心臓のインターベンションをやっている先生に標準病名マスターとICD－10の紐づけをしてみてください，ということで見ていただきました。この言葉をもって紐づけすると先生は**スライド31**のように振りました。それぞれ前壁と書いてあるから前壁の急性貫壁性，Ｉ210だろうと振ったのですが，実際には間違いで，正解は下のブルーの矢印（薄い色のほうの○がついている矢印）の部分だけです。実際，MEDISでは赤の矢印（濃い色のほうの×がついている矢印）の部分はＩ219の「急性心筋梗塞，詳細不明」に入ります。ご存じですか。我々が考えた結果，このことが明らかになったのですけれども，病名表記だけで病名を選択すると間違いなくICDコーディングは失敗します。

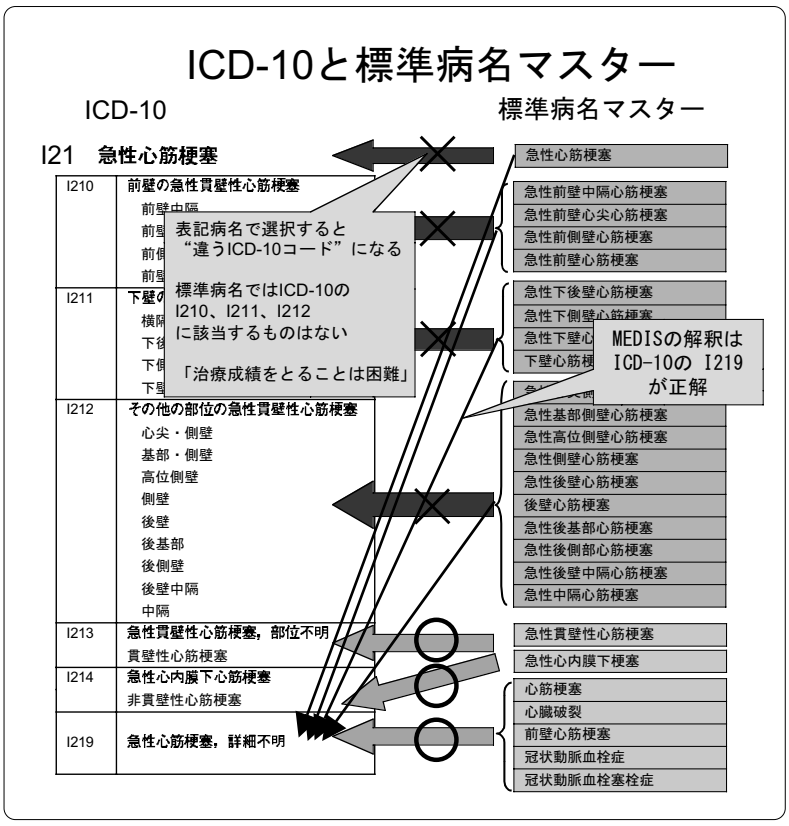
もう１つ，標準病名でICD－10のＩ210・211・212というコードは存在しないということです。古いバージョンなのでまた変わっていると思いますが，こういう現状がある。このままでは治療成績は取れないという結論に我々は達しました。

（**スライド32**）もう１つ，バージョンがよく上がるということでいくつかサンプルを出します。例えば病名表記では癒着性くも膜炎というのがバージョン2.0ではICDコードのG039だったものが，バージョン2.15になるとG961に変わっています。その理由は必ず説明されていますが，去年この標準病名マスターでコーディングあるいはデータを

標準病名マスター　サンプル

病名表記番号	病名表記	ICD-10
20058300	急性貫壁性心筋梗塞	I213
20058457	急性心内膜下梗塞	I214
20058453	急性心筋梗塞症	I219
20065482	心筋梗塞症	I219
20055429	下壁心筋梗塞	I219
20056780	冠状動脈血栓塞栓症	I219
20056781	冠状動脈血栓症	I219
20058236	急性下後壁心筋梗塞	I219
20058237	急性下側壁心筋梗塞	I219
20058238	急性下壁心筋梗塞	I219
20058310	急性基部側壁心筋梗塞	I219
20058345	急性後基部心筋梗塞	I219
20058346	急性後側部心筋梗塞	I219
20058348	急性後壁心筋梗塞	I219
20058349	急性後壁中隔心筋梗塞	I219

スライド30



スライド31

取った癒着性くも膜炎は，今年の同じ癒着性くも膜炎と簡単に比較できるのかということです。

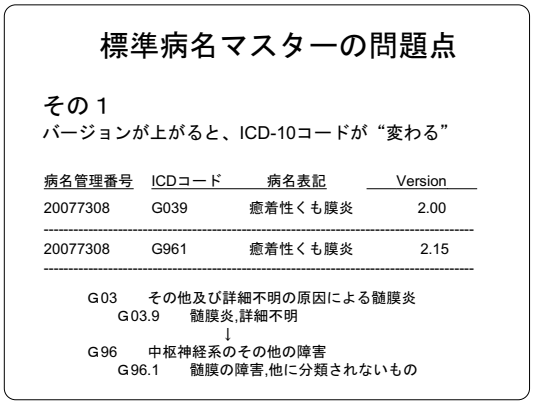
（**スライド33**）次に，バージョンが上がると削除されるという１つの例です。病名表記では一過性後天性赤芽球ろう。癆の部分が漢字です。これがバージョン2.1になると癆の部分が平仮名になります。ICDコードは同じですが，病名の表記番号が20054438が削除されて新しく20083807と変わります。

こういった問題点がありますので，どういうふうに管理するかが非常に頭の痛いところです。専任がいればしっかり管理できるかというと，我々の病院でも非常に苦しいです。そのような問題がいろいろと，この横断的な組織から見ることで分かりました。ドクター，それから私も含めていろいろな先生方と話した結果です。

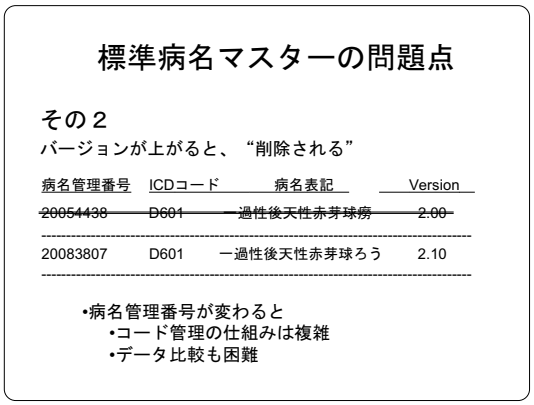
当院のクリニカルパス

（**スライド34**）我々の病院のクリニカルパスをご紹介します。我々の病院は一般的なクリニカルパスとはかなり違うと思っていただいてけっこうです。日本でも早くからクリニカルパスを取り入れていましたが，当初の目標はインフォームドコンセントのため，患者さんに治療過程をしっかり説明するということがありました。そういう意味では予定表的な工程管理という部分がかなりあったと思います。

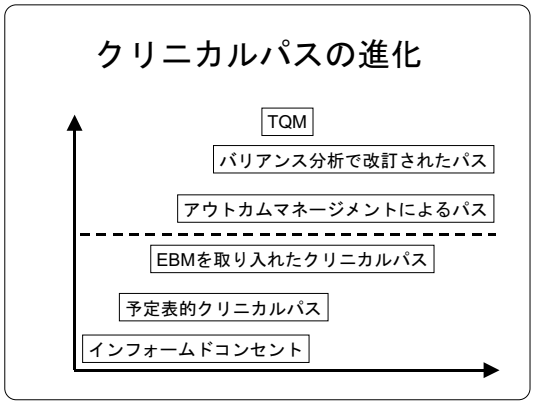
それが徐々に進化しEBMを取り入れよう，それからいわゆる工程管理だけではなく記録に少し活用できるのではないか，治療目標を立てることでマネジメントができるのではないかということでアウトカム・マネジメントというものが入ってきました。最近はそれらの治療目標に対する逸脱，



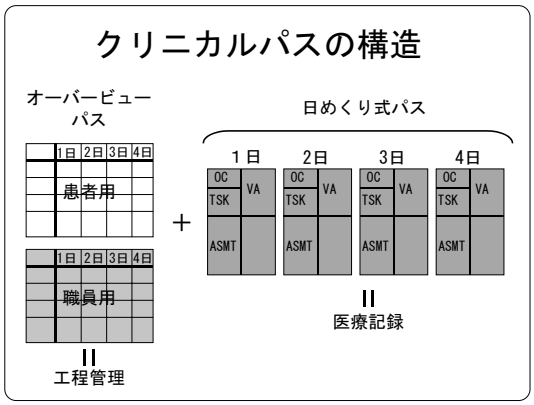
スライド32



スライド33



スライド34

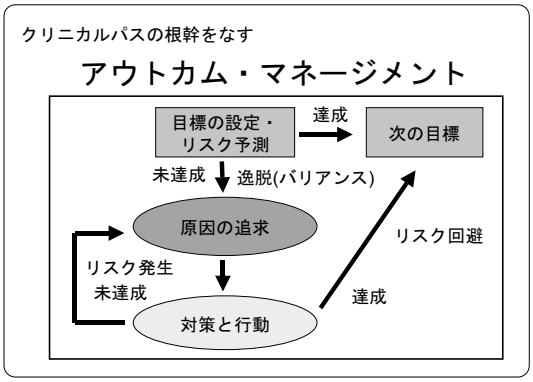


スライド35

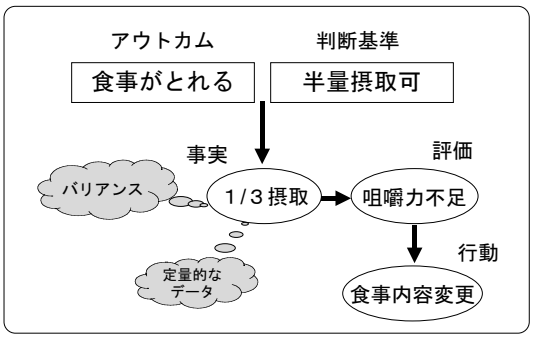
バリアンスをしっかり分析しようということで，TQM的要素が出てきています。

我々の病院のクリニカルパスの構造は，一般的にいわれるクリニカルパス，オーダリングとすぐ直結されますが，いわゆるオーバービュー式というものです（**スライド35**）。A３の紙に，工程表を縦軸に項目，横軸に時系列をとっています。患者さんの部分，それから職員用の部分です。これは確かに工程管理，オーダリングと直結できるのではないかと思います。もう１つ我々の独自の，日めくり式という，我々が医療記録と呼んでいるものがあります。職員用の１日，２日，３日，４日とありますが，それぞれの日にちごとあるいはフェーズごとに１枚の記録用紙が存在し，アウトカム，その１日の目標を定めます。その目標に対してどういうタスクをやっていくのか，どういう観察項目を持っていくのか。そのなかで起こったバリアンスをしっかりとコードで記録していくというものが日ごとにあります。

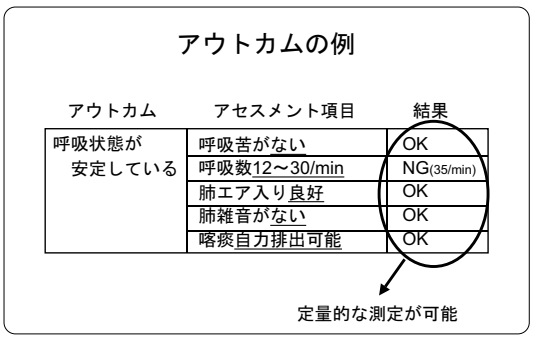
スライド36が我々のものですが，このアウトカム・マネジメントというものは，従来のＰＯＳ（ピーオーエス），問題思考型の記録とは多少違い，あらかじめ想定される目標やリスクを事前に設定するということで，それから逸脱しないかどうかをチェックしようというものです。そういうことをすることで，考えなくなるのではないかとよく誤解されます。そうではなくて，これは最低限のチェックをしようということです。実際に看護師さんの１年目や２年目を見て分かると思いますが，10年選手20年選手と比較したときに，ちゃんと看護計画ができているかというと非常に怪しいです。看護師さんも１スタッフなわけです。診療報酬のなかでも若い人がいようがいまいが関係ありません。そういう部分では，建前としてはそうなのですが，実際はきちんとした看護計画は立てられないのが現状です。ですから最低限の質の保証をするという意味では目標を設定してしっかり記録し，達成できれば次に移行し，逸脱したものは原因を分析していくということがアウトカム・マネジメントの基本になります。



スライド36



スライド37



スライド38

（**スライド37**）具体例ですが，入院中のある日のアウトカム，治療目標ですけれども「食事がとれる」とあります。従来はいわゆる看護診断・看護計画では「とれる」というあいまいな表現の部分がかなりあったのではないかと思います。これを我々は判断基準を持って，「半量摂取が可能」ということがこのアウトカムを達成したということにしています。実際に観察し，食事が３分の１しか摂れなかった場合にこれはバリアンスだといいます。これは３分の１という定量的なデータも当然

とれるし，それに対する評価は，咀嚼力が不足したから食事内容を変更しよう，という次の見直しという部分ができるわけです。

（**スライド38**）もう１つの例としては，「呼吸状態が安定している」という目標を立てたとすると，それに対するアセスメント，いわゆる観察の部分は，呼吸苦がないとか，呼吸数が１分間に12から30とか，肺や胃が良好であるとか，肺雑音がないとか，喀痰の自力排出が可能ということが目標です。具体的な観察項目を観察した結果，呼吸苦がなかった。ところが呼吸数が１分間に35だったとすれば，これはバリアンスが発生したということで，コンピュータ的に考えると０か１に必ず置き換えられるという部分です。この部分が定量的な測定が可能であるといえると思います。

（**スライド39**）そういうものを我々の医療記録という部分では組み込んでおり，データベース型の医療記録というのはここです。なぜこれを電子カルテと呼ばないのかという話をよくされますが，あくまでも我々の病院でいろいろな議論をした結果，分かっている範囲はこれだけなのです。これから先にどんな記録が必要になるのか，あるいはどういうものを残さなければいけないのかというのはまだ議論が十分ではありません。ですから完璧ではないという意味であくまで記録の一部として捉えています。

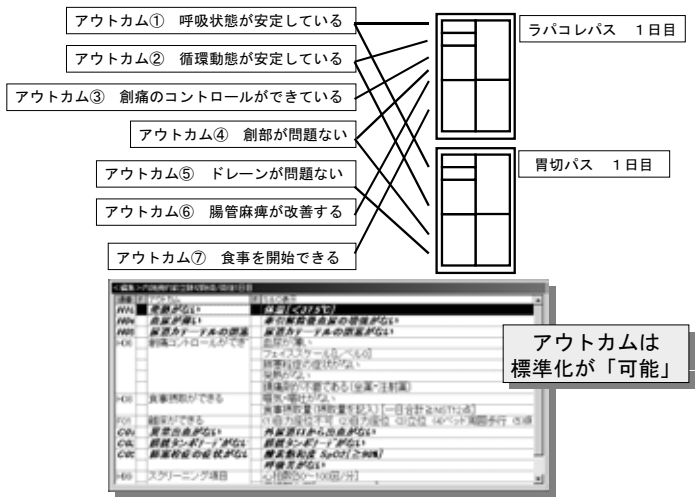
そういう意味で，簡単に説明すると，アウトカム・マネジメント思考の記録のシステムであるということ。それからバリアンス・データの収集が可能です。バリアンス・データを分析することによって治療プロセスの改善が図れます。例えば，抗生剤の投与開始日を何日からするのか，量をどれだけにするのかということで，病名の分析からバリアンスを組み合わせて予後を測っていったり，あるいは退院後のADLを測っていったりということも可能になるのではないかと思っています。それからこれはクリニカルパスだけではなく，実際はそれ以外でも使えるわけです。先生方の頭のなかにある「今日はこの患者さんはどこまでいったら次のステージに移ろうか」という考えを，その日その日にアウトカムを設定することで，ある程度の記録が可能になってきます。

そういったデータを集めることで新しいクリニカルパスが出てきます。症状別

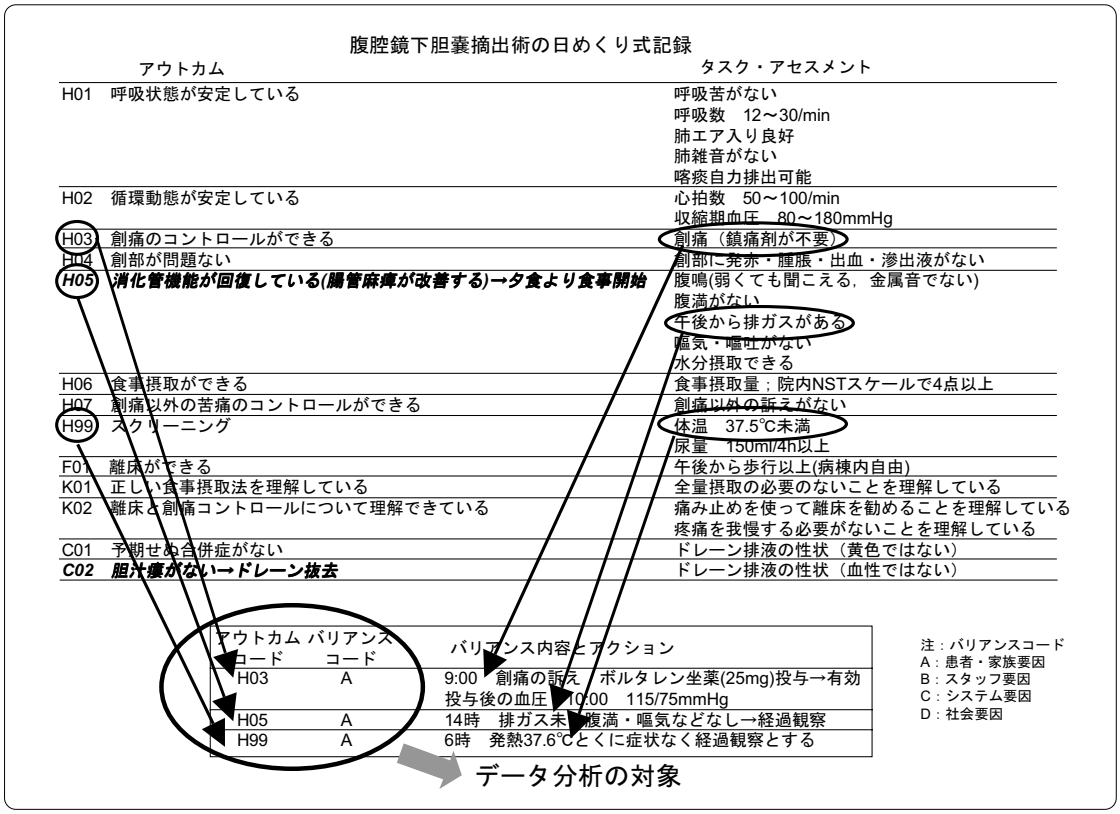
データベース型医療記録システム

- 当院の医療記録システムの特徴
  - クリニカル・パスによるアウトカム・マネージメント志向の医療記録システム
  - バリアンス・データの収集が可能
  - バリアンス分析によって治療プロセスの改善が可能
  - 得られたデータから新しいクリニカルパスが作成可能
  - 複数施設の利用により治療プロセス、バリアンス、コスト比較が可能
  - クリニカル・インディケーターと治療プロセスの分析により新しいエビデンスを発見可能

スライド39



スライド40

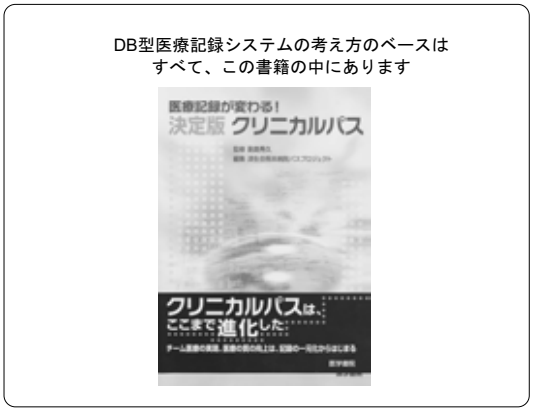


スライド41

だったり，不明熱などのような比較的難しいものでもできるのではないかと思います。

それからコスト分析も当然できるようになってきますし，先ほどの観察項目１つに対してどれくらい時間がかかって，だれがいくらくらいということも比較的標準原価を洗い出すことができるのではないかと思っています。

（**スライド40・41**）あとは先ほどのクリニカル・インディケーターと組み合わせていくことで我々の病院のなかに新しいエビデンスが生まれます。このアウトカムもある程度標準化ができるということが分かりました。ここにラパコレのパスと胃切除のパスということで，呼吸状態が安定しているということはいわゆる疾患が違っても標準化・共通化ができます。多少は観察項目の部分は変更が必要かと思いますが，こういったものも標準化できることが分かりました。実際にバリアンスが起こったら，どうデータを取るのかという部分です。バリアンスも家族・患者要因だったりスタッフ要因だったりシステム要因だったりします。こういう考え方をこの本（**スライド42**）に書いてありますので，皆さんできれば読んでいただけると助かります。



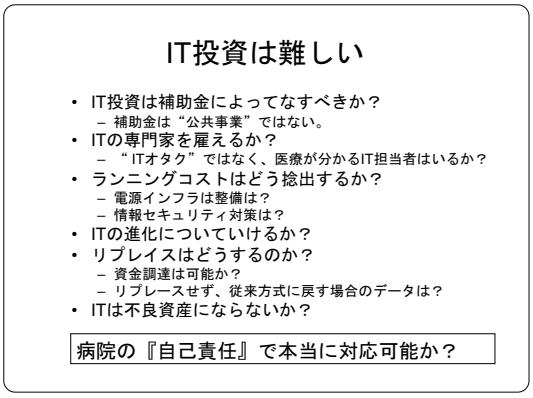
スライド42

IT投資の考え方

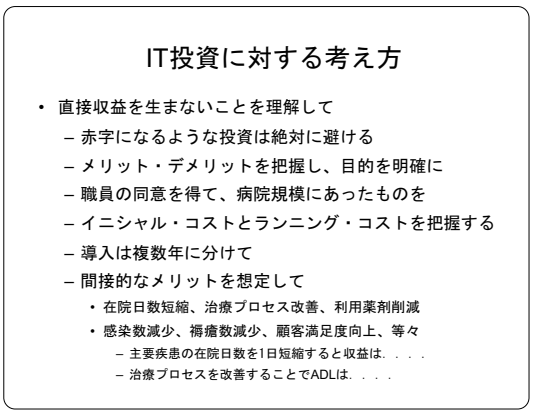
（**スライド43**）最後に投資の話をしたいと思い

ます。我々はこれらのITに関して補助金はいっさいいただいておりません。済生会栗橋病院の本田先生もよくおっしゃいますが，国が医療に対する投資が非常に少ないとか，お金の使い方が少ないという話をよくされます。確かにそのとおりで，本当に必要な分野に正しく使われておりません。バランスが悪いようです。ただそうはいっても補助金は公共事業ではありません。やはり国民のためになるべきものですから，もう少し実のあるものにならないのかと考えております。それと，IT投資するうえで機械システムだけではなく人も雇わなければいけません。専門家がいるか。オタクはいっぱいいるけれども，医療が分かるIT専門家はあまりいません。ランニングコストはどうするか。進化にちゃんとついていけるか。リプレイスは入れたら最後どうするか。木村通男先生の非常に面白い話のなかにもあったデータを移行していく，きちんと引き継げるという部分もよく考えないといけないということだと思います。

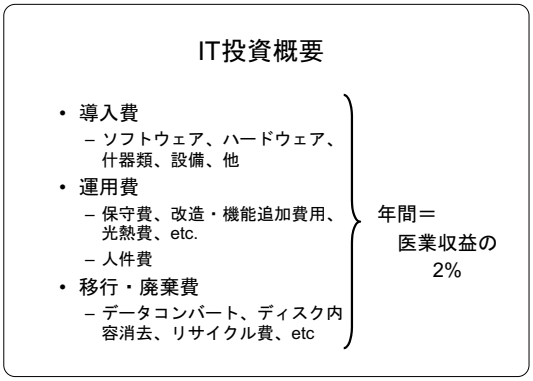
失敗すればITは完全に不良資産になります。これらのことを病院の自己責任でやれるのかということです。我々の考え方では，今のところ直接的に患者さんから収益を上げられるものではないと考えております。そこを十分理解したうえで赤字にならないようにする（**スライド44**）。メリットとデメリットを十分把握するという部分です。いちばん重要なのは間接的なメリットをどう評価するか，どう想定するかという部分になってきます。我々のIT投資の概要（**スライド45**）としては，導入費・運用費それから移行・廃棄費は，年間の医業収益の約２％が標準的なものではないかと内部基準で設けています。当然，経年的に見ると多少凸凹はありますけれども，この範囲に抑えたいと考えています。



スライド43



スライド44



スライド45

材質による手袋の比較・検討
～ピンホールの実態～

名古屋第二赤十字病院 リンクナース会 手洗いグループ

伊藤　美奈　　高井　三枝　　高田　恵子
月足　仁美　　上野　里恵　　五藤　康子
田村　秀代

はじめに

当院では感染防止を末端まで浸透させる還元要員であるリンクナースが単位ごとに存在する。私たち手洗いグループは，活動中，手袋内に汗とは異なる濡れを経験した者が多い事を知った。この実体験は手袋にピンホールの存在を示唆している。現在の医療は極めて高度化し，患者ケアに介入する機会や時間が求められるとともに，免疫力の低下した患者も増大している。さらに侵襲のある医療器具が多く使用される中，曝露防御においての環境は整えられてきている。医療従事者は汚染の曝露防御および感染防止の一手段として手袋の使用は有効だと考えている。しかし，ピンホールの存在により手袋着用による曝露防御の信頼性はあるのかという疑問を抱いた。また，手洗いグループの活動としてピンホールへの認識を高める必要があると思った。今回，材質・メーカーの異なる手袋のピンホール試験を行い，実態を知ることができたので汚染の曝露防御および感染防止における手袋の信頼性について報告する。

Ⅰ．方　法

JIS規格が実施している実験に基づき実施した。

1．４社のメーカーからそれぞれ天然ゴム，塩化ビニール，合成ゴムの各素材80枚を使用した。
2．プラスチックボトルにピオクタニン入りの水道水１ℓを入れる。
3．ボトルの注ぎ口に手袋をかぶせ，輪ゴム７本で手袋を固定する。
4．ボトルを逆さまにし，圧力をかけて一気に手袋内に水を入れる。
5．水が手袋内に全部入ったらタイマーを２分間

写真１

写真２

かける。

6．水がボトル内に逆流しないよう，圧をかけつづける。

7．2分間内にピンホールからの水漏れの有無を確認する（**写真1・2**）。

Ⅱ．結　　果

JIS規格よりも高頻度にピンホールが発生したものはA社の天然ゴム（パウダーなし），塩化ビニール（パウダーなし），B社の天然ゴム（パウダーなし），D社の合成ゴム（パウダーなし）だった。メーカーによってピンホール発生率の差ができた。A社は材質，パウダーの有無に関わらず高確率だった。材質に絞って比較すると大差はなかった。パウダーの有無に関しては，なしの方が高確率だった（**表1**）（**写真3・4**）。

Ⅲ．考　　察

JIS規格で実施している実験結果では，1,250枚に21枚のピンホール（1.68%以下）までが合格基準とされている。しかし，単純に考えれば60枚に約1枚のピンホールが存在すると言える。今回私たちが行った実験では，材質を問わずピンホールの存在が認められ，多いもので80枚中5枚にピン

表1　ピンホール発生率結果

	天然ゴム	塩化ビニール	合成ゴム
A社	**3（3.75）**　パウダーなし	**5（6.25）**　パウダーなし 1（1.25）　パウダーあり	
B社	**2（2.5）**　パウダーなし 0　パウダーあり	0　パウダーなし 1（1.25）　パウダーあり	
C社	0　パウダーなし 0　パウダーあり	0　パウダーなし 0　パウダーあり	1（1.25）　パウダーなし 1（1.25）　パウダーあり
D社			**4（5.0）**　パウダーなし

＊JIS規格が実施している合格基準＝1.68%以下　　／80枚（%）

写真3

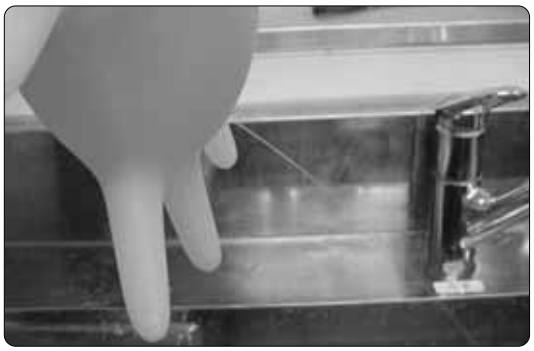


写真4

ホールを認めた。ピンホールの大きさはさまざまだったが，天然ゴムと合成ゴムではよくみると目に見える程のものがあった。塩化ビニールは天然ゴムや合成ゴムに比べ，小さいものだった。どの材質も箱から取り出した時の状態でピンホールをみつけるのは容易ではなく，業務のなかで手袋使用前にピンホールの有無を確認することは不可能だと考える。また，様々な部位にピンホールが存在したことにより，手袋のどの部位にもピンホールがあるものと考えて，使用しなければいけないと思う。このことからも感染防止のためには手袋の着用前後の手洗いが必要不可欠である。また，５％のピンホール率で例えるならば，二重に手袋をすることで0.25％まで確率が低下する。そのため，二重手袋の有効性についても考慮していく必要性があると考えられる。

どれくらいのスタッフが手袋にピンホールが存在することを認識しているのだろうか。また，手袋着用前後の手洗いの必要性を認識しているか疑問である。

今回のピンホール実験では，１種類の検体数が少なく材質によるピンホールの比較・結果を十分に得ることができなかった。しかし，少ない検体数だったが，材質・メーカーによるピンホールの違いを発見することができ，安全であると考えていた手袋の認識を覆される実験だった。よって，材質だけでなく信頼できるメーカーを選択する必要があると考える。

医療従事者の中には，「手袋をしているから手を洗わなくていい」「手袋をしていたから手を洗わなくてよい」と考えている人も少なくない。

高崎は「手洗いの目的は，手に付着した細菌を除去し，患者や医療従事者，医療器具などの汚染されていない部位への伝播を防ぐことである。このため，病院内で交差感染を予防する重要な対策となる。」と述べている。このことからも，私たち手洗いグループは，スタッフの手袋の安全性に対する認識と使用方法の把握に努め，手袋着用前後の手洗いを啓蒙していく必要があると考える。

結　論

今回の実験結果より，感染防止においては，二重手袋の着用と手袋使用前後の手洗いを励行していく必要性について再認識できた。今後の対策として，JIS規格の商品を選択したり，またメーカーからピンホールに対するデータを集めたりし，信頼できるメーカーを選択する必要があると考える。

引用・参考文献

1） 矢野邦夫：『CDC最新ガイドラインエッセンス集２』，2002.12.15，メディカ出版
2） 小林寛伊・大久保憲・吉田俊介：『病院感染対策のポイント』，2003.6.20，協和企画
3） 藤本卓司：『インフェクションコントロール』，2003.4，メディカ出版

当院における井水使用経験について
～コスト削減とライフラインの確保を目的として～

医療法人財団石心会 狭山病院

○平山　智子（臨床工学技士）　大久保和俊
木村みどり　宮澤　美樹　加瀬　泰一
羽生　宜浩　山口　京子　渡邉　徹
澤野　真秀　佐々木康夫　中村　正

当院における使用水の変遷

当院において，2003年３月，外来診療の充実を目的として，病院の外来診療部門と人工透析部門を分離独立し，外来クリニックを開設した。

外来クリニック透析センターでは，最大ベッド数60床，２クールの透析を行っている。外来クリニック開設以前，当院は許可病床288床，透析35床を有していた。透析室では，患者監視装置・透析液供給装置の洗浄および，透析液供給のため，透析用水の原水を１日あたり平均40トン使用し，その使用水量は，病院使用量の約３割を占めていた。

2002年８月より，地下水膜濾過システムを導入し，透析用水も含め当院で使用する水を井水９割・市水道１割の混合水へ変更した。混合水使用へ変更することにより大幅なコスト削減が実現され，さらに，井水は市水道より水質が安定するという経験を得た。当院での井水使用経験から，外来クリニックでは地下水濾過装置を導入し，透析用水の原水および生活用水として使用している。

スライド１

当院における使用水の変遷

- 1987年　人工透析室10床にて治療開始（市水道利用率10割）
- 1997年　人工透析室35床に増床
- 2002年８月　地下水膜濾過システム導入　井水９割・市水道1割へ変更
- 2003年３月　さやま総合クリニック開設　外来診療部門・透析部門分離独立（60床）　地下水濾過装置導入　井水10割を透析用水の原水・生活用水として使用開始

目　的

外来クリニックでの井水使用による経済性と災害時のライフラインの確保について検討した。

方　法

外来クリニックでの井水使用量を求め，狭山市水道料金に換算した。換算した水道料金に，地下水濾過装置の維持管理費用を考慮し，市水道使用時との比較を行った。

また，ライフラインの確保として地下水濾過装置の供給可能水量と井水受水槽の貯水量を確認した。災害時，飲料水としての使用評価のため水質検査を行った。

結　果

（使用水量と換算した水道料金）

排除量とは下水道使用量であり，原則として上水道使用量と同じだが，井水等を使用している場合は，その値も加算される。排除量マイナス上水道使用量から井水使用量を求めた。この表で水道

スライド2

使用水量と換算した水道料金

項　目/H15	4月・5月	6月・7月	8月・9月	10月・11月	12月・1月	2月・3月	年計
排 除 量(㎥)	4288	4336	2385	2134	2130	2115	17388
上水道量(㎥)	632	1110	1393	656	845	670	5306
井 水 量(㎥)	3656	3226	992	1478	1285	1445	12082
水道料金(円)	1.171.506	1.027.026	276.822	439.698	374.851	428.611	3.718.514

料金とは，井水使用量を狭山市上水道料金に換算した値であり，外来クリニック開設より１年間で約370万円の削減となった。

（地下濾過装置の維持管理費用）

電気料金は，外来クリニックにおける１年間の電気料金を使用電気量で割り１kwあたりの電気料金を求め，これをもとに算出した。地下水濾過装置の消費電力は1.5kw／hであり，年間に換算すると約24万円となった。また，地下水濾過装置の維持管理に酸化剤と凝集剤が必要となる。酸化剤は，殺菌および鉄イオン・マンガンイオンを酸化させる目的で使用し，１カ月に２箱の割合で補充し，凝集剤は，濁質の除去を目的とし，３カ月に１箱の割合で補充している。年間，酸化剤・凝集剤の費用あわせて約６万円となった。薬液注入ポンプ部品交換などのメンテナンス費用が年間10万円，接触酸化ろ剤の交換が３年に１回必要であり，年間に換算すると14万となる。井水使用で上水道使用時と比べ約370万円のコスト削減となり，電気代・薬剤の費用・メンテナンス費用を差し引き，１年間で約320万円のコスト削減となった。また，初年度は地下水濾過装置の設置費用が280万円かかっている。

スライド3

地下濾過装置の維持管理費用

・電気料金　消費電力1.5kw／h
　１kwあたり18.63円をもとに算出
　240000円／年
・酸化剤　１箱10 kg　2100円
　２箱／１カ月　50400円／年
・凝集剤　１箱10kg　3400円
　１箱／３カ月　13600円／年
・ろ剤交換　１回／３年　140000円／年
・メンテナンス料金　100000円／年

（ライフラインの確保）

地下水濾過装置は，接触酸化ろ剤を用いて井水中に含まれる鉄・マンガンを除去する，東西化学産業社製のWF-1除鉄・除マンガン装置を使用している。地下水濾過装置の最大供給水量は１分間に180ℓであり，１分間に平均150ℓを供給することが可能であった。また，地下水濾過装置は耐震構造になっており，停電時，非常用発電機より電力が供給される。井水受水槽も耐震構造であり，常時，約15㎥の水量が蓄えられている。１患者１回透析あたり透析液を120ℓ使用するため，井水受水槽には50床２クールの透析が十分行える水量が，確保されている。

（水質検査）

水質検査項目すべてで基準値以下であり，飲料水として使用可能となっている。

考　　察

透析センターでは，透析患者数とオンラインHDF施行件数の増加により，透析液使用量が増加している。また，将来的に透析液を用いた自動プライミング・自動返血を行う計画もあり，透析液使用量は，さらに増加すると予想される。透析液に井水を使用しているため，透析液使用量が増

スライド4

水質検査結果

測定項目	測定値	基準値	測定項目	測定値	基準値
一般細菌（個/ｍｌ）	0	100以下	亜鉛及びその化合物（mg/l）	0.01未満	1.0以下
大腸菌	不検出	検出せず	アルミニウム及びその化合物（mg/l）	0.02未満	0.2以下
カドミウム及びその化合物（mg/l）	0.001未満	0.01以下	鉄及びその化合物（mg/l）	0.03未満	0.3以下
水銀及びその化合物（mg/l）	0.00005未満	0.0005以下	銅及びその化合物（mg/l）	0.01未満	1.0以下
セレン及びその化合物（mg/l）	0.001未満	0.01以下	ナトリウム及びその化合物（mg/l）	7.1	200以下
鉛及びその化合物（mg/l）	0.001未満	0.01以下	マンガン及びその化合物（mg/l）	0.005未満	0.05以下
ヒ素及びその化合物（mg/l）	0.001未満	0.01以下	塩化物イオン（mg/l）	4.22	200以下
六価クロム及びその化合物（mg/l）	0.005未満	0.05以下	カルシウム、マグネシウム等(mg/l)	18.9	300以下
シアン化物イオン及び塩化シアン（mg/l）	0.001未満	0.01以下	蒸発残留物（mg/l）	75	500以下
硝酸態窒素及び亜硝酸態窒素（mg/l）	0.48	10以下	陰イオン界面活性剤（mg/l）	0.02未満	0.2以下
フッ素及びその化合物（mg/l）	0.08未満	0.8以下	ジェオスミン（mg/l）	0.000002未満	0.00002以下
ホウ素及びその化合物（mg/l）	0.1未満	1.0以下	２－メチルイソボルネオール(mg/l)	0.000002未満	0.00002以下
四塩化炭素（mg/l）	0.00066	0.002以下	非イオン界面活性剤（mg/l）	0.005未満	0.02以下
１，４－ジオキサン（mg/l）	0.005未満	0.05以下	フェノール類（mg/l）	0.005未満	0.005以下
１，１－ジクロロエチレン（mg/l）	0.001未満	0.02以下	有機物（mg/l）	0.5未満	5以下
シス－１，２ジクロロエチレン（mg/l）	0.001未満	0.04以下	ｐＨ値	7.49	5.8～8.6
ジクロロメタン（mg/l）	0.001未満	0.02以下	味	－	異常でない
テトラクロロエチレン（mg/l）	0.001未満	0.01以下	臭気	異常なし	異常でない
トリクロロエチレン（mg/l）	0.001未満	0.03以下	色度	1未満	5以下
ベンゼン（mg/l）	0.001未満	0.01以下	濁度	0.5未満	２以下

加すれば，井水使用量も増加する。今後，井水使用量に比例したさらなる，コスト削減が期待できる。

阪神・淡路大震災では，長期間にわたる断水により透析施設も多大な影響を受けた。一部の透析施設では透析を行えず，患者は他施設での透析を余儀なくされた。水道の復旧は電気よりかなり遅れ，病院機能を早期に回復させるためには，水の確保も重要な課題であるとの，教訓を得た。

また，外来クリニックで使用している井水は水質基準を満たしており，透析用水のほか災害時の飲料水・生活用水・消防用水といった多様な活用ができ，断水対策となる。

井水を安全に使用するためには，地下水濾過装置の管理すなわち，酸化剤・凝集剤の薬液量チェック，薬液注入ポンプの動作点検，残留塩素濃度測定といった日常点検の必要があり，また，災害時飲料水として使用するため定期的な水質検査も必要である。

結　語

透析用水の原水を井水にし，コスト，ライフラインの評価を行った。井水使用により１年間で約320万円のコスト削減となり，地下水濾過装置の維持管理費用を考慮しても大幅なコスト削減となった。井水使用によりライフラインが確保でき，災害時地域医療の拠点として病院機能の維持が期待できる。

病院内での携帯電話使用に関する検討

共愛会戸畑共立病院 医療技術室臨床工学科[*1]，医療安全管理委員長[*2]

灘吉　進也[*1]　藤原　裕士[*1]
今林　和馬[*1]　剣持　邦彦[*2]

はじめに

1997年３月に不要電波問題対策協会より携帯電話等の使用に関する指針（医療器械に対する電磁波干渉防止策などの内容）が策定された。それを受けて当院でも院内での携帯電話の使用を全面禁止とした。以後７年が経過したが，携帯電話は多機能性の向上も相まって急速に普及しており，使用を完全に禁止する事は難しく患者間トラブルの一因となっている。一方，各医療器械メーカーも電磁波対策を行っており機器の性能も進歩している。そこで院内での禁止措置が現在でも適切であるか，医療器械の安全管理の観点も含め妥当性を検証する事とした。

調査方法

臨床工学科管理の生命維持装置である輸液ポンプ22台，シリンジポンプ10台，人工呼吸器10台，呼吸心拍監視モニター本体30台とその送信機17台の合計５品目89台を対象とした（**表１**）。携帯電話は３社３品目を使用した。

調査１．発信時・着信時それぞれから通話状態の携帯電話を０cm，15cm，30cmの間隔で置き，医療器械の動作状況の確認を行う。判定材料は医療器械の取扱説明書・メンテナンスマニュアルとした。ペースメーカーについては実際の調査が困難であるため，文献検討を行った。

調査２．電磁波測定装置トリフィールドメーター（**図１**）を使用し，携帯電話と当院の高周波を発する医療機器・電化製品の電磁波を測定した（注：トリフィールドメーターとは，１台で磁場，電場，マイクロ波の３種類の電磁波測定を行うことが可能な測定器である）。

調査３．携帯電話に対するアンケート調査を，

表１

	医療器械種類	台数
１	輸液ﾎﾟﾝﾌﾟ	２２
２	ｼﾘﾝｼﾞﾎﾟﾝﾌﾟ	１０
３	人工呼吸器	１０
４	呼吸心拍監視ﾓﾆﾀｰ[本体]	３０
５	[送信機]	１７
	合計	８９

図１

当施設利用者のうち一般者と通院中のペースメーカー装着者に分け実施した。

結　果

携帯電話使用時の医療器械動作状況について，輸液ポンプ22台，シリンジポンプ10台，人工呼吸器10台，呼吸心拍監視モニター30台と送信機７台についてはいずれも異常を認めなかった。呼吸心拍監視モニターの送信機10台については，通話中の携帯電話から半径５cm範囲内で基線に雑音が混入し測定不能となる異常を認めた。しかし半径５cm以上離せば基線も安定し正常動作に戻った（**表２**）。

電磁波測定装置による測定について，携帯電話と同等，それ以上の電磁波を発生する機器類は院内に存在することが確認できた（**表３**）。

施設利用者に対するアンケート調査は，平成16年４月19日から５月21日の間に行い，一般者140名，ペースメーカー装着者22名より回答を得た（回収率100%）。院内での携帯電話使用状況について，一般者では，「使用したことがある」が34%，「使用したことがない」が27%，「携帯電話は持っていない」が39%であった。ペースメーカー装着者では，「使用したことがある」が９%，「使用したことがない」が９%，「携帯電話は持っていない」が82%であった（**図２**）。

他人の携帯電話に対する不安・不満感について，一般者では，「不安・不満を感じたことはない」が36%，「不安・不満に感じたことがある」が57%，「その他」が７%であった。ペースメーカー装着者では，「不安・不満を感じたことはない」が91%，「不安・不満に感じたことがある」が９%であった（**図３**）。

施設利用者が望んでいる対応について，一般者では，「使用禁止を徹底する」が13%，「現状維持で良い」が12%，「一部解除を望む」が75%であった。ペースメーカー装着者では，「使用禁止を徹底する」が41%，「現状維持で良い」が５%，「一部解除を望む」が54%であった（**図４**）。

考　察

今回調査した機器については，携帯電話による重大な誤作動は認められなかった。呼吸心拍監視モニターの送信機に見られた異常も，携帯電話を離すことにより正常に戻っており，この装置の性質上，生命への危険性はないと考える。また，この対象となった医療器械メーカーに問い合わせたところ，「至近距離での使用は避けるべき」との回答であった。しかし一方では，「電磁波対策は講じており，誤作動の可能性は極めて低い」との説明もなされ，新規の製品についてはより安全性は高いものと考えられる。

表２

携帯電話使用時の医療器械動作状況

医療器械種類	総数	影響なし	影響あり			異常内容
			0cm	15cm	30cm	
輸液ﾎﾟﾝﾌﾟ	22	22	0	0	0	
ｼﾘﾝｼﾞﾎﾟﾝﾌﾟ	10	10	0	0	0	
人工呼吸器	10	10	0	0	0	
呼吸心拍監視ﾓﾆﾀｰ［本体］	30	30	0	0	0	
［送信機］	17	7	10	0	0	5cm地点までﾉｲｽﾞ混入測定不能

表３

電磁波測定装置による測定

調査機器	測定器との距離		
	0cm	15cm	30cm
院内PHS	0	0	0
携帯電話（au）	0	0	0
携帯電話（NTTﾄﾞｺﾓ）	>1	0.2	0.05
携帯電話（ﾎﾞｰﾀﾞﾌｫﾝ）	>1	0.15	0.05
電子ﾚﾝｼﾞ	>1	0.3	0.2
電気ﾒｽ	>1	0.25	0.2
ﾊｲﾊﾟｰｻｰﾐｱ	>1	>1	>1

（単位：mW／cm²）

ペースメーカーに関しては，1996年ペースメーカー協議会による「ペースメーカー使用者が携帯電話を使用する場合の暫定ガイドライン」により22cm以上離しての使用が推奨されているがそれ以後の報告，検討は公表されていない。この間新機種の発売もされており，安全性に対する調査の発表など，各メーカーの対応が望まれる。

トリフィールドメーターの測定により携帯電話の電磁波と同等，またはそれ以上の電磁波を発信するものは院内に他にも存在していることが証明されたが，この事からも，携帯電話を特別視する必要はないと考える。

利用者アンケート調査より，携帯電話の使用率は院内禁止措置にも関わらず34%と高かった。入院中に外部とのコミュニケーションのために使用しているケースが多いが，通話に関しては，トラブルも多く報告されておりマナー向上を促す方策が必要と考えられる。最近急速に進歩しているメール，情報収集などの携帯電話の付随機能については，既に一般者の間での定着度が高いと思われ，この観点からもルール作成が望まれよう。

ペースメーカー装着者は周囲の携帯電話に対して不満・不安は感じていないという回答が多かった事は意外な結果であった。実際に携帯電話を所持しておられる方もあり，携帯電話に対する利便性，必要性はペースメーカー装着者も同様に感じておられるのかもしれない。

今回の検討では，携帯電話は院内で安全に使用可能と結論づけたが，より安全に使用していくためのルール作りが必要で，そのためには携帯電話とペースメーカーの製造メーカーの双方が

図2

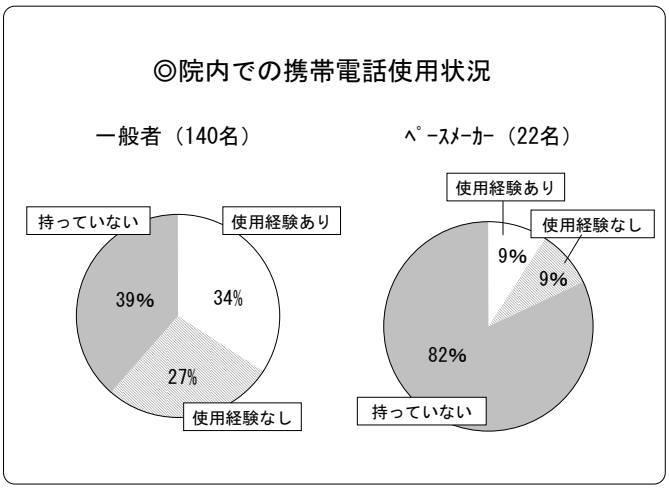


図3

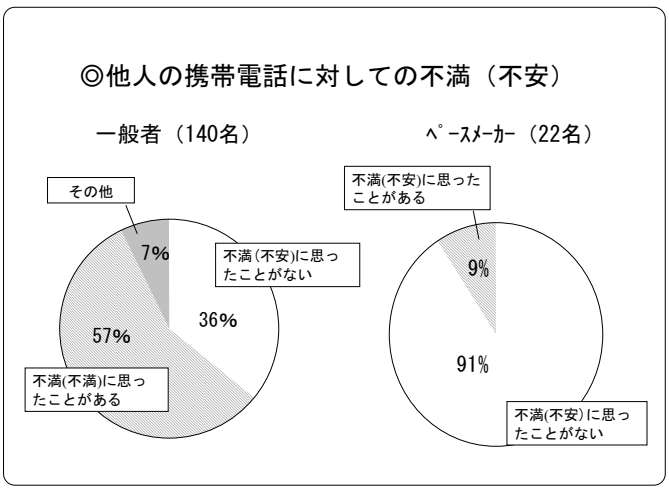
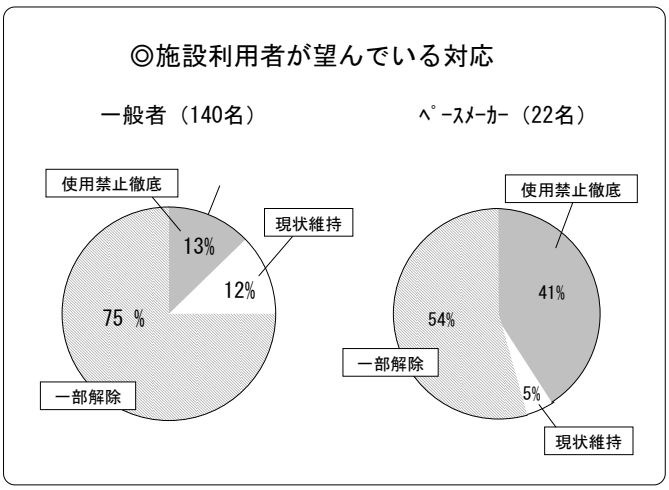


図4



協力して，影響度を再検討すべき時期に来ているものと考える。

結　語

医療器械の安全管理上の問題点から，施設利用者の意見に十分留意し院内の携帯電話使用について検証した。その結果から，携帯電話の使用による生命の危険性は極めて少ないと判断した。また，調査未実施のペースメーカーなどを考慮に入れても，使用場所を限った携帯電話の使用は十分可能であり，当院における現在の全面的携帯電話禁止規制は，現状でその実効性が失われていることからも，必ずしも適切ではないと考える。今後，更に当院医療安全管理委員会にて検討し，施設利用者に配慮した新ルールを作成し，早急に導入していく予定である。

参考文献

・豊島健：携帯電話等のペースメーカーに及ぼす影響，『心臓ペーシング』Vol.12　No.5，1996
・豊島健：携帯電話端末等がペースメーカーならびにICDへ及ぼす影響，『第2回CE安全研究会誌』，2002.6.15
・不要電波問題対策協議会：『医用電気機器への電波の影響を防止するための「携帯電話などの使用に関する暫定指針」』，1996.3.29
・暫定ガイドライン，植え込み型心臓ペースメーカー利用者の携帯電話使用上の注意，日本心臓ペースメーカー友の会誌『かていてる』Vol.28 No.1，1996
・野島敏雄：電波が医用電気機器に及ぼす影響について，『電波環境協議会（旧不要電波問題対策協議会）EMCCレポート』13号，1997
・総務省情報通信報道資料：『電波の医用機器等への影響に関する調査結果――新たな植込み型心臓ペースメーカー等についても22センチの現行指針の妥当性を確認』，2002.7.2

総合病院に勤務する健康運動指導士による地域健康支援活動について

医仁会 武田総合病院

今井　優　大塚　潤子　鍵谷古都美
黒瀬　聖司　村上　里美　山本　潤
武田　隆久

【はじめに】

健康運動指導士は，治療の一環としての運動または競技としての運動指導を行うのではなく，呼吸循環器系の生理機能維持向上を図ることにより，高血圧，糖尿病，高脂血症，肥満などの生活習慣病を予防し，健康水準を保持増進する観点から，医学的基礎知識，運動生理学の基礎知識などに立脚しつつ，個々の運動に対して指導を行うとされている[1)]。そして，我々は種々の生活習慣病の２次予防，治療での運動指導においても健康運動指導士の関わりが必要だと考え運動指導に取り組んでいる。

当院では，８名の健康運動指導士が勤務し，1988年から心疾患リハビリテーションにおける運動指導を，2000年からは医療法42条疾病予防施設での生活習慣病の１次・２次予防の運動指導を行っている。また，関連施設においては，軽費老人ホーム入所者の体操指導や医療機関での糖尿病教育指導，医療機関での健康教室での運動指導を行っている。さらに，地域では，老人クラブでの体操指導や地域NPO活動での運動指導，社会福祉協議会によるすこやか学級事業での体操指導を行っている。

今回，地域健康支援活動の１つである，小学校区社会福祉協議会が実施する「健康すこやか学級（健康すこやかサロン）」事業における健康運動指導士の活動について報告する。

【健康すこやか学級の目的と内容】

「健康すこやか学級」事業目的には，①寝たきり・痴ほう予防，②仲間づくりと社会参加の促進，③福祉のまちづくりが上げられている。事業内容は，①健康チェック（血圧，脈拍，体温，体調確認），②食事の提供，③レクリエーションを提供している[2)]（**表１**）。

平成12年11月から近隣の４学校区社会福祉協議会から依頼があり，病院から健康運動指導士と在宅介護支援スタッフが健康チェックに協力している。主な活動は，血圧・脈拍測定・健康体操である。

表１　健康すこやか学級の１日の流れ

10：00	ボランティア集合・打ち合わせ
10：30	利用者集合
10：40	健康チェック（体温・血圧・脈拍）
11：30	健康講話・体操
12：00	昼食・休憩
13：00	レクリエーション
14：00	利用者解散
14：10	反省会
14：30	ボランティア解散

【プログラムの参加状況と特徴】

会場・開催日別参加者数の継時的変化を**図1**に示した。平成16年1月までの参加者は，男性64名平均年齢75.3±5.5歳，女性220名平均年齢75.5±6.1歳，実施回数は113回で延べ1,387名が参加した。1日の平均参加者数は12.3名である。

血圧は毎回測定している。参加者の中には，血圧が普段に比べ上昇する方も多く見受ける。普段と違う原因について，測定時間が違うことや，測定場所，環境，姿勢，コンディションが影響することを毎回繰り返し説明している。

図2は，健康すこやかサロンに参加した284名の，各開催日別の収縮期血圧の平均値をグラフにしたものである。開催時期・会場ごとに測定値にばらつきがあり，黒印の会場は，白抜きの会場に比べ平均血圧値が高い日が多かった。これは，黒印の会場での測定姿勢が正座であることが原因であることが考えられた。

血圧測定と体調を確認した後，健康講話を行っている。**写真1**は，健康チェック・健康相談の実施風景である。講話の内容は，環境の違いによる身体特徴についての内容が多い。**図3**は高血圧の原因について説明したものである。象の絵を使用して，「血管が細くなる」，「血液量が多くなる」，「血液の粘性度が高まる」，「血管が硬くなる」などの原因に加え，身体活動の強さにより心臓に負担を与えていることを説明している。他には，身体持久力に関係がある酸素摂取量や，体脂肪量の増加による肥満，筋力低下による転倒などについて説明している。

次に，健康体操を実施している。**写真2**は健康講話・体操の実施風景である。日常生活の中でできる手軽な体操には，ストレッチ体操がある。例えば，手の指を体の前で組んで，肘（腕）を伸ばしながら，手のひらを天井に押し上げていくと，脇の下が伸びてきます。その時に，「新しい服が破けていませんか？」などと質問し，脇の下を意識してもらい，体操を見て真似るだけではなく，何故その体操を行うのかを考えながら実施する。他にも多くの種目があるが，息を堪えることや，痛みを感じるところまで行うのは良くないことを指導している。筋肉が伸びて「気持ちがいいな」と感じるぐらいが理想である。指導のコツは，無理がかからないように繰り返し伝えることである。**図4・5・6**は，体操の内容をプリントにしたもので，参加者にも配布して

図1　会場・開催日別参加者数の経時的変化

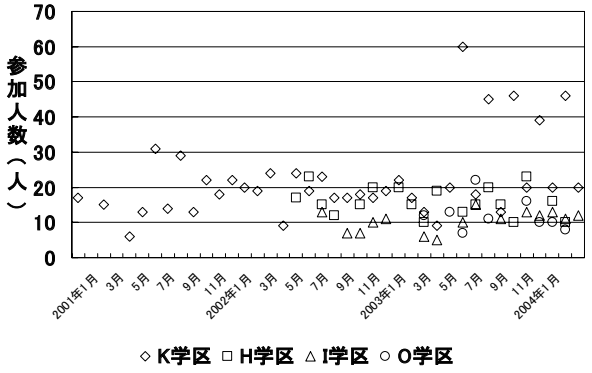
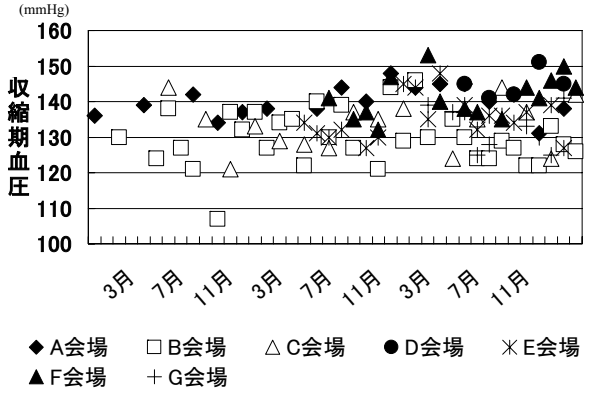


図2　開催日別，収縮期血圧平均値の変化



いる。

【健康チェック中に認めた異変事例】

G会場での出来事である。いつもと同じように血圧測定を実施していた。参加者の１人が体調不良を訴えたため，先に血圧測定を実施した。測定時，脈拍が触れず，顔面蒼白，冷汗，白目の状態になり一時的に意識レベルが低下した。姿勢は椅子座位から仰臥位へ体勢を変えバイタルをチェックしながら救急隊を要請した。すぐに意識レベルは回復したが，冷汗は続いていた。救急隊到着後血圧は安定した。酸素飽和度は95%，心電図上不整脈があり，掛かりつけの病院へ搬送され，点滴治療後帰宅された。

高齢者は，何らかの疾患を持ち合わせていても不思議ではなく，何がきっかけで体調の変化を伴うかわからない。プログラムは地域住民の活動であるが，医療関係者の協力により，安全性が確保できる。しかし，関係しているスタッフは緊急事態の対応について知識を修得する必要もある。

【ま と め】

不慣れな体操により体に疲れを感じていた方が，月１回の参加が楽しくなり，自宅での体操の実施，意識した歩行，転倒の予防，医療機関での治療開始，環境による身体特徴の違いなどを感じてもらうことができた。

日常生活の中で少しずつ健康について意識をもち，身体活動を増やすことにより，健康な寿命を伸ばすことができる。楽しい日常生活が送れる環境づくりにはスポーツ（運動・身体活動）

写真１　健康チェック・健康相談の実施

10:30～開始
挨拶後、血圧、体温
体調のチェックを行なう

図３　パネルを用いた血圧の話

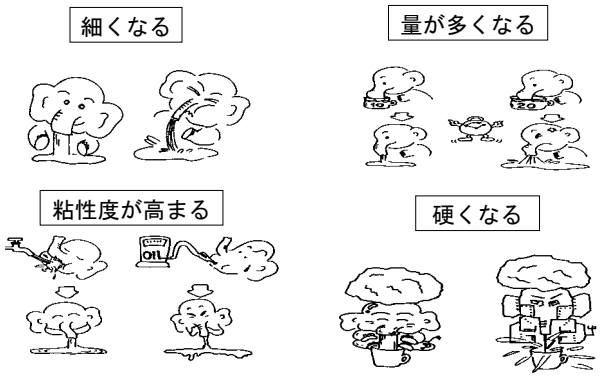


写真２　健康体操・健康講話の実施

体操前の健康講話

11:30～　健康体操

をもちいた健康指導の場が必要である。

対象者が高齢者の場合，安全面には注意が必要であり，緊急時の対応に注意が必要である。健康すこやか学級での健康運動指導士や医療従事者の参加は今後必要な活動となってくる。

なお，本研究は同志社大学学術フロンティア推進事業の１つとして実施したものである。

参考文献

1）厚生省保健医療局健康増進課健康関連ビジネス指導室(編)：『健康増進施設認定の手引き』, p.17－43，1994，中央法規出版

2）社会福祉法人京都市伏見区社会福祉協議会(編)：『みんなの笑顔が輝く福祉のまち伏見――学区社会福祉協議会活動の手引き』，2001

図４　体操資料１

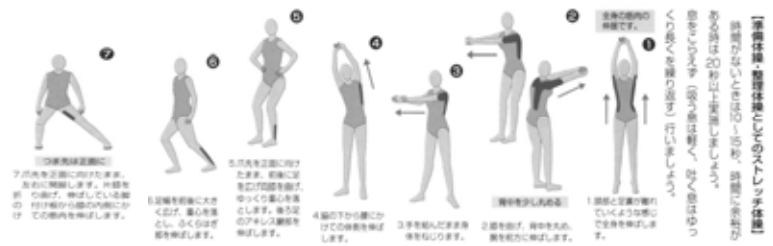


図５　体操資料２

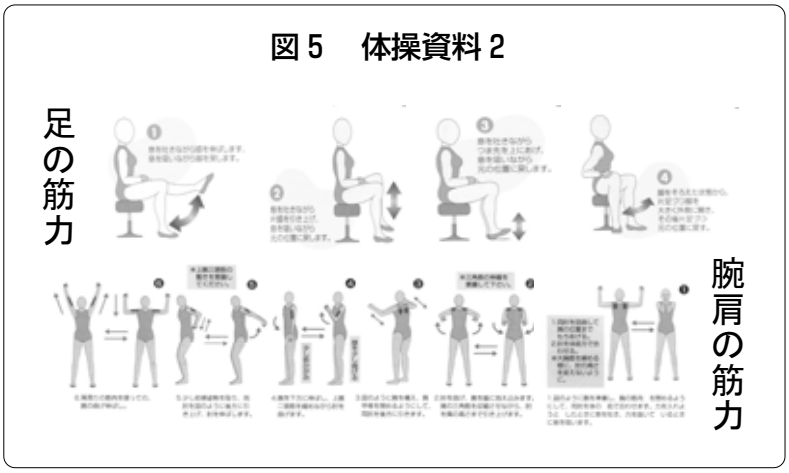
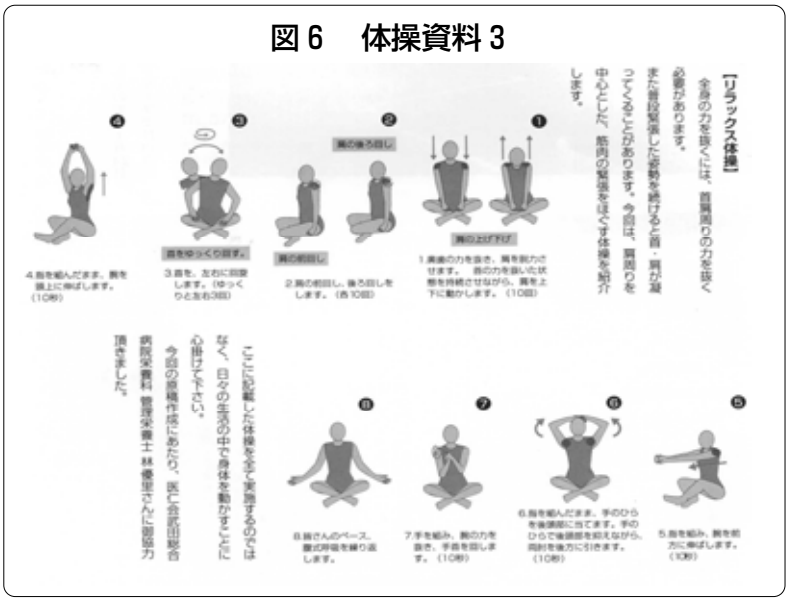


図６　体操資料３



外来分離とその効果
～サテライトの取り組み～

医療法人財団石心会 さやま総合クリニック

岡本　正太　　弦巻美絵子　　谷内　由紀
内藤　博之　　平田　悠一

当クリニックの所在地は埼玉県西部の狭山市に位置し，診療圏には約38万人の人口を有しています。

昭和62年に狭山病院をオープンし288床の急性期病院として改修をくりかえし平成15年３月に外来分離いたしました。

外来分離の主な目的として（**スライド１**），①飽和状態の外来の解消，②満床状態の通院人工透析室の拡大，③新しい医療機器の導入，④入院ベッド不足に対応，⑤増加する救急患者の受け入れ体制の強化があげられます。

以前の外来は患者さんであふれ，当然，新たに医療機器を設置するようなスペースもありませんでした。透析室は約10年間にわたり満床状態で他院をご紹介するという状況がつづいておりました。地域の先生方からの入院依頼も増加しており，入院ベッドの整備は不可欠でした。以上のような問題を抜本的に解決するために外来分離は我々にとって急務でありました。

また，当法人では狭山病院の外来分離から遡ること５年，平成10年に神奈川県川崎市幸区にある幸病院がすでに外来分離を実施しており，そのノウハウを十分に活かしたうえでの計画でした。

外来ブースの拡大（スライド２）

「高度で良質な医療をより身近に」を合言葉に，専門性の高い診療体制を整えました。「困った時はこのクリニックにかかればすべて診てもらえる」という安心感を提供できることを目指し産科を除く主要21科目を全38ブースで診療しています。分離以前から16ブース増やし歯科，形成外科，耳鼻科，メンタルヘルス科を新たに立ち上げました。平成16年５月にはさらに女性専門外来を立ち上げより専門性の高い外来診療体制を確立してまいり

スライド１

医療法人財団石心会
さやま総合クリニック

外来分離の目的

1. 飽和状態の外来の解消
2. 満床状態の通院人工透析室の拡大
3. 新しい医療機器の導入
4. ベッド不足に対応
5. 増加する救急患者の受け入れ体制を強化

スライド２

クリニックの取り組みその1
外来ブースの拡大

医療法人財団石心会
さやま総合クリニック

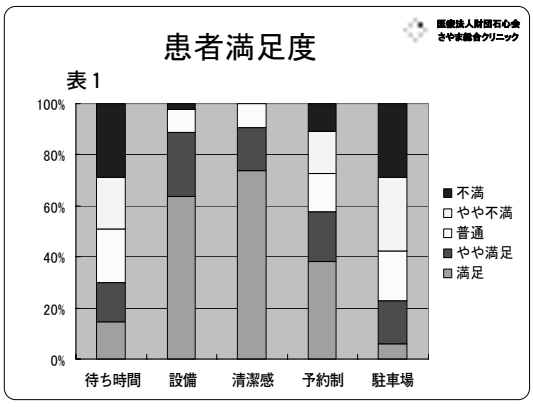
ました。現在，常勤，非常勤医師を含め約150名程度の医師が全科予約制で診療にあたっています。

透析室も20床から70床に拡大し，on-line HDFを導入しました。災害に備えて電力は非常用発電機（500 KVA）を設置し，水は井水と水道水の両方を使用しています。

スライド3

スライド4

スライド5



新しい医療機器の導入（スライド3）

当院では検査時間が短く，より細かい撮影が可能な16列マルチスライスCTを導入いたしました。これにより従来画像化が難しいとされていた，動いている臓器「心臓」の画像化が可能となりました。患者さんにはより短い時間と少ない身体的負担で検査を受けていただくことが可能になりました。

CT，レントゲン等の画像はすべてDICOMサーバーより電子カルテを通じて参照できます。フィルムレス化は病院とクリニックでの診療情報の共有に不可欠なだけでなく，限られた外来スペースをフィルム保管のために確保する必要がなくなり，検索作業に追われることもありません。

アメニティの向上（スライド4）

クリニック内は各階に受付を設け患者さんが1カ所に集中することを避け，待合スペースを十分確保し，“中待ち”を廃止いたしました。さらに，クリニックを地域のコミュニティースポットと位置づけ月3回のヘルシーコンサートや健康教室を開催しております。

また，ご意見箱を設置して，頂いたご意見には年4回発行の機関誌『つつじ』を通じて回答しております。

全科予約制は順番とりを解消しつつ，新患であっても電話予約で当日受診できる利便性を確保しています。

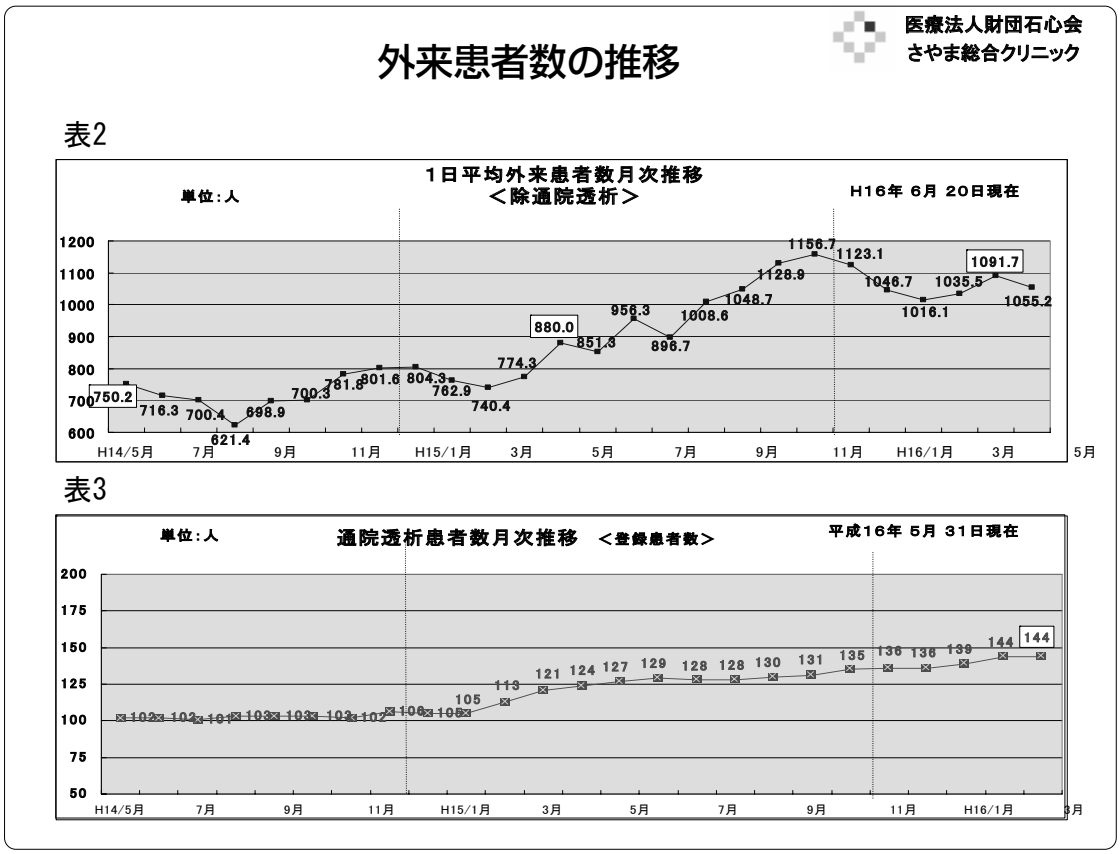
また，透析食（無料）も常温器を使用して温かいままお届けできるよう配慮しました。

分離の効果と今後の課題

分離をしたことで外来部門に割り当てられたスペースは以前の病院の外来スペースとは比べものにならないほど大きなもので，そのスケールメリットを最大限活かした空間は患者さんのアメニティを格段に向上しています。

患者満足度調査（**スライド5**）によると設備，清潔感などハード面では，高い評価をいただいて

スライド6



おります。

また，頂戴したご意見から駐車場料金の見直しや，聴力障害をお持ちの患者さん用にFAX予約を開始したところ，現在，駐車場に関する不満の声は随分解消され，FAX予約も定着しました。

こうした取り組みを地域の皆様に評価していただいた結果が外来患者，通院透析ともに増加という形になったと考えております。（**スライド6**）

そして最も大きかった効果は外来を分離したことで，病院の機能が充実したことでした。

まず，クリニックがオープンして空いたスペースに病院の救急医療体制を強化いたしました。従来，1室しかなかった救命救急室を2室に増やし同時に2台の救急車を受け入れ可能にしました。また，経過観察用のベッド7床を設け（ホールディングルーム），必要な時には1泊入院していただけるようになりました。診察室は6ブース設置してできるだけ早く診察できるように配慮しました。

さらに緊急の手術にも対応できるように手術室を3室から5室へ拡大しました。改築によってより多くの救急患者さんを診察できるようになり，特に夜間・休日の診療については充実させることができました。その後，リハビリ病棟もオープンして現在は349床として運営しています。

このように，クリニックは外来診療，健康診断，病院は救急，入院，手術，リハビリ，緩和ケアとそれぞれの役割を専門的に行えるようになり，地域の皆さんに総合的なサービスが提供できるような施設となったことが分離の最大の効果であると思います。

今後は，クリニックは総合振り分け機能として，病院は地域医療支援病院として，ますます地域に根ざした医療をハードだけではなく，ソフトの面で展開していくことが大きな課題であると思います。

透析用血液回路を見直して
～安全性，経済性などから～

長野県厚生連農業協同組合連合会 小諸厚生総合病院 臨床工学科

○菊池　康人　　饗場　智明　　荻原　裕房

【はじめに】

透析医療の現場では，度重なる診療報酬の改定により，経費を削減するために消耗品の見直しや効率の良い仕事がもとめられるようになってきている。

今回，我々は透析治療に不可欠な血液回路に注目し，安全性，作業性，経済性について検討したので報告する。

【変更した部品】

現在，使用している血液回路を**図1**のように改良した。

1．回路とダイアライザー，回路と留置針の接続部分をそれぞれロック式にした。
2．回路の生食ラインにY字管を組み込んだ。
3．回路の管注ボタン，採血ボタンをニードルレス用ゴムボタンにした。
4．静脈圧ラインと静脈圧フィルターを一体化にした。
5．回路先端に取り外しの出来るエクステンションチューブを組み込んだ。

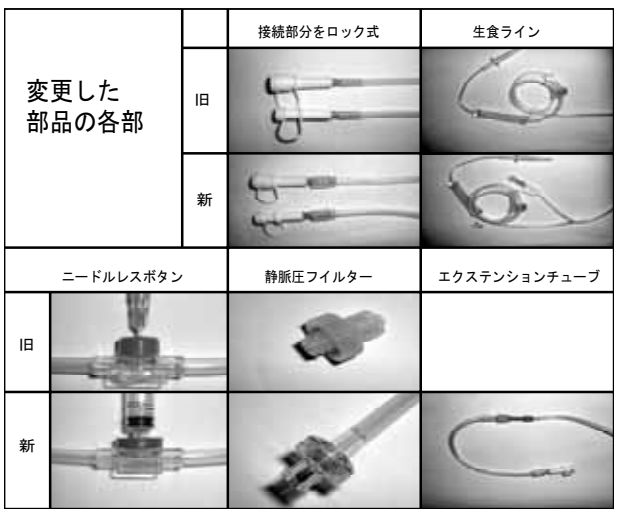
【検討事項】

1. 透析回路から薬剤の管注や採血が年間どのくらい行われているかを調査し，その回数から金属針のリキャップ回数，使用していた金属針の金額を算出する。
2. 今回，改良した血液回路を使用し，使用した感想をスタッフにアンケート調査する。

【結　　果】

1．2001年，1年間に，当院透析室で管注，採血に金属針を使用した本数を**図2**に示す。エリスロポエチン製

図1　今回変更した血液回路の各部品



剤の管注に8,320本，その他の薬剤の管注に3,120本，採血に3,744本，合計15,184本の金属針が使用されていた。

ニードルレス用ゴムボタンに変更したことにより，回路の管注，採血に金属針を用いる事がなくなった。その結果，15,184回分の針刺し事故の危険性がなくなった。

2．先程の金属針の使用本数から1年間に使用している金属針の金額を**図3**に示す。金属針の使用本数に金属針1本を9円として計算した。その結果15,184本×9円＝136,656円となった。ニードルレス用ゴムボタンにしたことにより金属針136,656円分を削減することができた。

3．改良した血液回路を使用した感想をスタッフにアンケート調査した結果を**図4**に示す。

①ニードルレス用ゴムボタンに変更したことにより，金属針を使用することがなくなり，針刺し事故の心配がなくなりよかった。しかし，回路から薬剤を注入する際，針の抵抗がなくなり早く注入されてしまう危険がある。

②シャント部にロックコネクターを組み込んだことについては，ロック式の針やカテーテルが確実に接続され，はずれる心配がなくなりよかった。ロック部分が太くなるため回路の固定に不安がある。

③ダイアライザーと回路の接続をロック式に変更したことについては，外れにくく安全になったが，ダイアライザーにより回路との相性が悪く接続がゆるみやすいものがあり心配である。

④エクステンションチューブを組み込んだことについては，トイレなどの離脱時に対応しやすく，点滴を血液回路から行う際，短時間で清潔に操作ができてよかった。

⑤静脈圧保護フィルターの一体化については，接続の手間がなくなり，接続時のゆるみが生じず安全になった。

⑥生食ラインにY字管を組み込んだことについては，回収操作が容易になったが，回収作業の方法が変更となり，不安である。回収の時，血液が飛び散る事がないので，感染の危険がなくな

図2　1年間に使用した金属針の本数

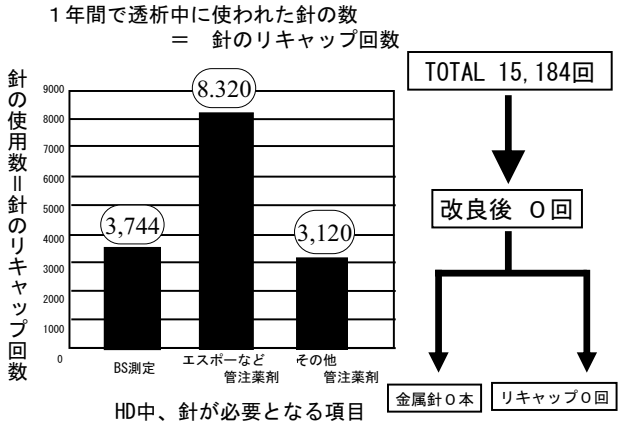
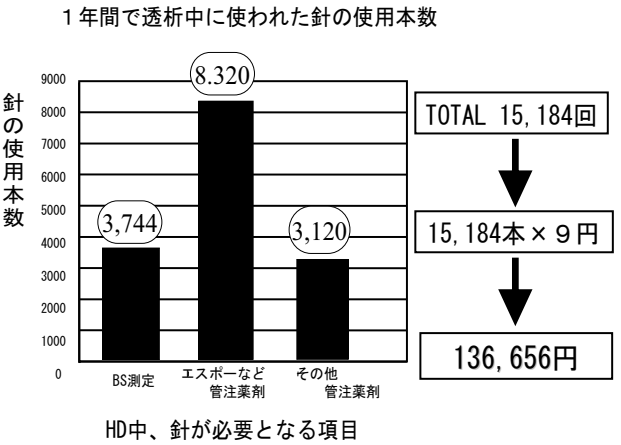


図3　1年間で使用した金属針の金額



りよかった。

【考　　察】

回路の各部品を変更したことにより，作業性・安全性・経済性を高めることができたが，その反面改良したことによる問題点も発生した。

より安全に使用するためには，変更後の回路の特徴を理解し使用する必要があると思われる。

【ま と め】

1．ニードルレス用ゴムボタンに変更したことにより，金属針を用いることがなくなり，スタッフの針刺し事故からの危険を減らすことができた。
　また，金属針の経費を削減することができた。
2．トイレなどの離脱時や透析終了時の点滴を行う際，血管確保が容易にできるようになった。
3．接続部分をロック式にしたことにより，しっかり接続できるという安心感が生まれた。

図4　改良した回路のアンケート結果

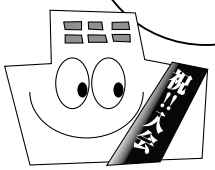
変更内容	作業効率の評価
1. ニードルレスゴムボタンに変更	●針刺し事故の可能性が無くなった。 ●抵抗が少なくなり薬剤が早く入ってしまう。
2. シャント部にロックコネクターを組み込む	●ロック式の針やカテーテルがロックできる。 ●ロック部分が太くなるため回路を固定するのに不安がある。
3. ダイアライザーと回路の接続をロック式に変更	●外れにくく安全になった。 ●メーカー間により違いがある。
4. エクステンションチューブを組み込んで	●トイレなどの離脱時に対応しやすくなった。 ●点滴を行う際、清潔にできるようになった。
5. 保護フィルターを一体化に	●接続する手間がかからなくなった。 ●接続にゆがみが生じず安全である。
6. 生食ラインにＹ字管を組み込む	●回収操作が容易になった。 ●血液が飛び散ることが少なくなった。

【結　　論】

血液回路を見直し，安全性，作業効率，経済性を高める事ができた。

今後もさらに治療の安全，作業効率，経済性を高めていきたい。

ようこそ 日本病院会へ



新入会員の紹介

緑と清流のなかの高機能病院を目指して

北島病院は昭和33年に内科，小児科，耳鼻咽喉科を中心に許可病床50床にて開設いたしました。病院のある高知県越知町は高知市と松山市を結ぶ国道33号線沿いにあります。人口は約8,000人余，周囲の市町村を含めた診療圏は約６万人です。平成２年９月には医療法人社団若鮎 北島病院となり，泌尿器科，消化器外科，内科を中心とした50床の一般病院として診療を行ってまいりました。平成４年９月にリハビリテーション棟，介護老人保健施設「ライブリーハウス 輝」，同年10月には越知町在宅介護支援センターを開設しました。医療面では平成５年２月より血液透析を開始，体外衝撃波結石破砕装置を使った尿路結石の治療を始めました。MRI，ヘリカルCT，カラードップラーを導入して画像診断能力を高めました。平成13年４月，200床以下の病院では全国で初めて電子カルテシステムを，さらに平成16年１月より看護支援システムを導入しました。同年７月グループホーム「里山 うらら」を開設。病院の基本理念を「患者さま・職員・地域の人々の心を大切にして，時代に先駆けた医療が提供できる夢のある病院を創ります」として平成16年10月に職員が一丸となって取り組みました日本医療機能評価機構の一般病院認定を受けました。

開設当初より患者さまのための病院を目指して診療を行っています。画像検査，機能検査，血液検査など検査は必要なときに直ぐにできて，結果が見られることを基本にしています。大病院で２～３週間を必要とする検査を４～５日で行ってしまう小回りのきく病院を目指しています。電子カルテを駆使して，情報の一元化を図り，患者さまには日々の診療記録をプリントアウトしてお渡しして，診療情報を提示しています。北島病院の診療形態は電子カルテシステムを中心に動いています。今までのように病院が独自に病院づくりを目指すのではなく，周囲の医療関係，高機能病院との対角線上に自分たちの病院を置き，ハード，ソフトづくりを進めています。

猫の目のように変わる医療制度，その制度に振り回されるのではなく，自分の信ずる方向で病院づくりをすすめていきたいと思っています。会員の皆さまのご指導，ご鞭撻をよろしくお願いいたします。

医療法人社団 若鮎
北島病院

院　長
北島　清彰
（きたじま きよあき）

高知県高岡郡
越知町越知甲1662
TEL 0889-26-0432

（同院は平成17年２月の本会入会）

食事・栄養管理における医療技術

神奈川県立保健福祉大学教授　中村　丁次

高齢化社会を迎える先進諸国において，医療制度改革は共通の課題である。多くの議論がされているが，結局は国民医療費の増加による医療保険財政の危機的状況をどのように解決すればよいのかが課題であり，医療制度改革の実態は医療財政の改革だといわれている。具体的には，1）生活習慣病の予防と増悪化防止，2）在院日数の短縮化，3）検査，薬物の適正利用，4）効率的運営のためのマネジドケア（managed care）の導入等，多彩な改革が実行されようとしている。栄養の分野においても，このような医療改革への対応が熱心に議論され，どの項目においても栄養は大きな意味を持つ。

ところが，一方で，病院の食事はホテルフィーだとする意見も強い。保険給付外とする項目に，給食業務が上がりやすく，病院食の提供は高度の先進医療からすれば，あまりにも遠い距離になり，医療としての色彩は薄く感じるからであろう。確かに食品の選択や購入，さらに調理といった技術は家庭の主婦でも行い，これらを医療技術と言うには無理があるのかもしれない。在宅医療では，家庭の食事は自己負担されているので，食事療養費を保険からは外すべきだとするアイデアは容易に出てくる。

ところが，一方で，栄養問題は医療や介護の実践領域で重要な課題になってきている。病院や福祉施設に入院や入所している傷病者の約半数が低栄養状態にあり，このことが，入院日数や薬物，さらに医療費を増大させる大きな要因になっていることが内外の調査研究で明らかになった。しかも，栄養状態の改善により入院日数は短縮され，医療費が抑制されるとする明らかなエビデンスが得られるようになった。この場合の栄養状態を改善する手段は，食事だけではなく経腸栄養や静脈栄養のような**栄養補給，病者用特別用途食品，栄養剤，保健機能食品等の活用があり，その方法は複雑化かつ高度化してきている。**

そのために，傷病者の栄養状態の評価，判定からはじまり，栄養・食事法の計画，栄養必要量の算定，栄養補給法の検討，実施，そしてこれらのモニタリングや再評価といった包括的な栄養管理システムが必要とされている。

従来のような献立，調理を中心とした給食管理と傷病者の栄養状態を直接改善する栄養管理とは分けて考える必要がある。栄養管理は，傷病者の病態に直接的に関与することから，その目的を果たすべき業務を適正に遂行させるための技術は，当然，医療技術として評価されるべきであり，その調整役は管理栄養士が担うべきだと考えている。幸いにして平成14年の栄養士法の改正により管理栄養士

の養成カリキュラムは，全面的に改正されこのような栄養管理ができるような専門家に教育されている。

また，給食においても，食事の製作はアウトソーシングすることもあるが，医師の指示通りの栄養量を満たすべき精度管理と，食中毒，異物混入，配食ミス等のリスク管理は，重要な医療技術として評価されるべきあり，この点は病院側の責任のもとで行うべきだと考える。コンビニのお弁当のご飯を３分の１削除して低エネルギーにしたからといって，これを糖尿病食だということはできない。病院食が，医師の指示通りにつくられているとする質的担保は，管理栄養士が給食を管理することによって行われているのである。

在宅では，血糖，コレステロール，血圧のコントロールが悪くなるが，入院するとよくなることが解っている。入院により薬物は変わらないし，運動量はむしろ減少するのに，治療効果が上がるのはなぜか。このことは，このような慢性疾患の場合，食事の管理が徹底するからであり，食事療法や栄養療法に治療効果があるとする論拠は，多く存在する。食事は日常的行為であるが，そのことを治療効果がある内容にまで高めていく技術は，やはり医療技術として評価されるべきであると思う。

かつて，成人病をあえて生活習慣病といい，すんなり受け入れられたのは，これらの疾患の予防や治療は，主として日常の生活習慣の改善でやろうとした国民的合意があったからであり，医療制度改革もその趣旨にそって行われることを切に願っている。

平成16年度　第11回常任理事会・第４回理事会合同会議　議事抄録

日　　時　平成17年２月26日(土)　午後１時～５時
場　　所　日本病院会　会議室
出 席 者　(会長) 山本　(副会長) 武田，池澤，奈良，大井，村上　(常任理事) 舘田，林，川城，石井(暎)，梶原，近藤，齊藤(壽)，秋山，天川，土屋，福田，小川，佐藤(眞)，邉見，元原，土井，福井　(理事) 西村，樋口，宮下，有我，真田，宮崎(瑞)，石川，遠藤，関口，崎原，織本，中，宮崎(忠)，積，斎藤(英)，末永，佐藤(太)，斎藤(洋)，南，中川，土谷，三浦，細木，今泉，高野，谷口，明石，石井(和)　(監事) 柏戸　(代議員会副議長) 中藤　(顧問) 中山，大道　(参与) 高久，相川，行天，矢崎　(委員長) 中後，堺

定刻となって山本会長から開会挨拶が行われ，新潟県中越地震で被害を受けた県立十日町病院を２／３，奈良副会長がお見舞いに訪れた旨の報告がなされた後，会議定足数として，定数65名に対して出席51名，委任状11通，計62名の出席で本会議が成立している旨を報告し，議事録署名人に宮崎(瑞)，積両理事を選出して池澤副会長の司会により議事に入った。

〔承認事項〕

１．会員の入退会について

Ａ．正会員の入会２件

１．医療法人　北島病院（50床：一般50）
会員名　北島清彰（院長）
〒781-1301 高知県高岡郡越知町越知甲1662
tel. 0889－26－0432
（紹介者：瀬戸山理事）

２．医療法人　葛城病院
（270床：一般96，療養174）
会員名　大植睦（院長）
〒596-0842 大阪府岸和田市真上町250
tel. 0724－28－5141

Ｂ．正会員の退会１件

１．会社　株式会社トクヤマ　徳山病院（78床）
会員名　赤尾伸二（院長）
山口県周南市新宿通り１－16
（廃院のため）

Ｃ．賛助会員の入会１件

１．Ｂ会員　医療福祉情報実務能力協会
（人材育成，資格試験事業等）
代表者　別府武彦（副理事長）
〒105-0003 東京都港区西新橋３－24－５
tel. 03－5425－2455

Ｄ．賛助会員の退会１件

１．Ａ会員　㈱ケアネット
代表者　藤井寛治（代表取締役社長）
東京都文京区本郷４－37－17

池澤副会長から，上記の正会員の入会２件と退会１件及び賛助会員の入会１件，退会１件について諮られ承認された。計，正会員数は2,703病院(公的955，私的1,748，総病床数71万1,140床)，賛助会員数は536会員となった。

２．厚生労働省及び各団体からの依頼について

（１）　平成17年度「看護の日」及び「看護週間」の協賛（依頼元・厚生労働事務次官）
（２）「九州ホスピタルショウ2005」「中部ホスピタルショウ2006」開催に伴う名称使用及び後援（日本経営協会）

（3）「自治体総合フェア2005」の協賛（日本経営協会）
（4） 産業廃棄物適正処理推進センター基金への出えん（環境大臣）
（5） 医療情報サービス事業運営委員会委員の委嘱（日本医療機能評価機構）
（6） 役員就任（再任）（医療機器センター）
（7） 理事就任（日露医学医療交流財団）
（8） 評議員の推薦（医療経済研究・社会保険福祉協会）
（9） 保健医療分野の個人情報保護セミナーの後援（医療情報システム開発センター）
(10) 第15回日本臨床工学会の後援（日本臨床工学技士会）
(11) 理事再任（国際医療技術交流財団）
(12) 第5回患者中心の参加型医療研究大会の後援（ヘルスケア・リレーションズ）
(13) 第10回アジア農村医学会の後援（同学会長）
(14) 第19回日本外傷学会併設公開機器展示会の後援（同学会長）

池澤副会長から上記の依頼事項について説明があり，（4）の基金への出えんは前回に引き続き50万円とし，（5）は大井副会長，（6）は山本会長，（7）は中山顧問，(11) は山本会長をそれぞれ再任，（8）は佐藤常任理事を推薦することとし，その他の協賛，後援等依頼事項を承認した。

3．人間ドック・健診施設機能評価の認定について

（1） 京都府・三菱京都病院（京都市西京区，訪問調査日1／12）
（2） 相模原総合健診センター（神奈川県相模原市，1／12）
（3） クアハウス石和（山梨県石和町，1／28）
（4） 高津中央クリニック（神奈川県川崎市，1／17）
（5） イムス八重洲クリニック（東京都中央区，1／20）

天川常任理事から，上記5件の機能評価認定について報告書をもとに説明され，承認された。

4．平成17年度事業計画（案）について

山本会長から「平成17年度事業計画（案）」について説明がなされ，まず「事業計画」の大枠は基本的に昨年と変わらないが，5．の「公衆衛生と地域医療に関する事項」に（1）「人間ドック・健診施設機能評価の推進」が加わった。これは，今の報告のように施設の機能評価が始まっていて活発に推進していこうということである。（2）の「地域医療に関する調査研究」は，これからの医療提供の基本は地域医療がベースになるのでその調査研究が必要であると新しく加えた。7．の「社会保障制度及び医療保険制度等の調査研究に関する事項」では，平成18年度の大きな改革に向けて調査データをベースにものを言わなければならず，消費税の問題も病院の損税の実態を病院団体として明確にしていないところがあり17年度早急に実態調査して提言していきたい。そのようなことで（1）「医療保険制度に関する調査研究」と（2）「介護保険制度に関する調査研究」を追加した。

事業計画の「関連事業」としては，（1）第55回日本病院学会が名古屋で福田先生のもと行われ，（2）の第46回日本人間ドック学会学術大会は秋田で宮下先生のもと行われる。（3）第31回日本診療録管理学会総会並びに学術大会は，いろいろな事情で重なってしまったが同じ秋田で，林先生のもとで行われ，（4）国際モダンホスピタルショウ（IMHS）2005は例年どおり，東京ビッグサイトで行われる。

次に，「委員会」は少し変更があるかもしれないが，基本的には今年の構成で動き，「セミナー」については「病院幹部医セミナー」だけ未定となっている。その他，「関連事業」「通信教育」「人間ドック認定指定医研修会」「日本診療録管理学会研修会」などの各事業は例年どおり実施計画が立てられており，最後に「役員会等の開催計画案」が予定されている。以上のような説明が行われ，平成17年度事業計画（案）は承認された。

5．平成16年度補正予算並びに平成17年度予算（案）について

武田副会長から，平成16年度の当初予算は事業の進展に合わせて変更する必要が生じてきたとし，この補正予算の修正については昨年３月の代議員会・総会で，年度途中で新規事業を実施したり大幅に予算案との相違が生じた場合は各事業の最終の実施状況，予算の執行状況をふまえて，16年度末の理事会，代議員会及び総会において認定，決議をお願いすることで了承をいただいていると述べ，逐次説明を行った。

まず，一般会計の収入の部で，正会員会費は当初予定していた収納率97.5％は現段階では難しく94％に修正した。人間ドック部会費は400万円程度増額している。事業特別会計からの繰入金は通信教育受講料が大幅に増えた関係で繰入額を大幅に増額修正した。したがって，当期収入合計は１億9,783万円増の７億6,207万円に修正し，前期繰越収支差額と合わせて収入合計は８億8,632万円と計上した。支出の部では，委員会・部会は総務委員会を中心に各委員会が活発に活動しており増額した。雑誌発行費は編集を外部委託した関係で初期投資分を増額修正した。インターネット運営費と四病院団体協議会は当初予定事業の変更等の関係で減額修正した。

医療費対策及び病院大会費では，混合診療導入反対運動のための経費を計上し増額した。総会費では年度当初に新執行部の披露パーティを実施した諸経費を増額し，常任理事会費は外部の会議室を使用した関係で増額修正した。事務所管理費はトータルで250万円程度を増額し，事業安定推進基金特別会計への繰入額は２億9,409万円を計上している。これについては，次期繰越額を顧問税理士，公認会計士，監事の指導による適正かつ妥当な額，1,500万円程度の計上額とし，残額の２億9,000万円ほどを事業安定推進基金としてプールするということで，昨年度とほぼ同等の繰入額である。以上により，当期支出合計は８億7,017万円で，当期収支差額は△１億809万円となり，次期繰越収支差額は1,615万円である。

事業特別会計の収入の部では，研究研修会は個人情報保護法の施行に合わせ，当初の予算案で計画していなかった個人情報保護法説明会を東京，大阪で各１回の計２回開き，その参加費を計上した。通信教育では受講生が当初の予想より大幅に増加し，その分増額修正した。この結果，当期収入合計が１億1,285万円増の５億3,420万円となり，前期繰越収支差額と合わせ収入合計は６億9,064万円に修正計上した。支出の部で，研究研修会費は個人情報保護法説明会実施分の諸経費を計上し，他の研究研修会は本年度活動休止となって，人件費割り当て配賦分を中心の支出に修正している。

通信教育は受講生増に伴い，教材費等の経費を大幅に増額している。セミナーも一部の活動を休止した関係で減額修正した。統計情報関係費は，病院概況調査報告書等の調査費用の増額分を修正計上した。公租公課では昨年度と同様に，消費税は一般会計と合算して一般会計から支出することになっている。一般会計への繰入金支出は収支差額の３億6,987万円を予定した。以上により，事業特別会計の当期支出合計は６億9,064万円で，当期収支差額は△１億5,644万円となり，次期繰越額は０円である。

次に，平成17年度予算案であるが，この編成は16年度と同様に顧問税理士，公認会計士より指導を受け，当会において従来行ってきた編成手法，すなわち前年度の繰越額を財源として各事業費にあらかじめゆとりを持たせた支出額を計上して年度途中の変更修正を行わないという手法は廃止し，当年度の収支額の範囲内で支出計上するいわゆる単年度予算決済処分処理方法で編成した。昨年12月に，各事業担当の委員長から提出された事業計画に基づく各担当からの申告予算を前年度，前々年度の実績をもとに精査し，予算編成した。これをふまえて事業内容の妥当性，必要性等に留意しつつ，効率的に事業執行するようお願いしたい。

まず，一般会計と５つの特別会計の予算総括表で，合計の当期収入合計は11億2,803万円，当期支出合計は11億3,566万円を予定している。一般会

計の収入の部では，正会員会費は会員数2,708病院，収納率96.6%で積算し，一般会計で扱う事業収入は雑誌・ニュースの購読料と人間ドック認定・指定料である。部会費収入は，平成17年度から一日ドック指定事業が日病から離れる関係で人間ドック部会費はその分減少した。なお，今後は人間ドック機能評価事業が軌道に乗れば，順次その収入の一部が入る予定である。人間ドック認定指定医の認定料は300名を予定し計上している。

賛助会員会費は405会員，収納率95.5%で積算している。賛助会員のB会員も，一日ドックの指定が日本総合健診医学会へ移行した関係で，予算では減額計上している。雑収入では，四病協事業ほかからの事業委託費収入を計上した。事業特別会計からの繰入金収入は収支対比の差額分を一般会計に戻すかたちをとっている。以上により，一般会計の当期収入合計は5億4,200万円で，前期繰越収支差額の1,615万円と合わせ収入合計は5億5,815万円となる。

支出の部で，委員会・部会では21委員会が延べ173回の開催を予定し，予防医学委員会で毎年実施する人間ドック実施状況調査をはじめ各委員会が各種の調査を計画しており，その経過を過去の実績で精査のうえ計上している。賃貸料は委員会開催時の室料の配賦額を計上している。ニュース発行費は過去の実績で計上し，雑誌発行費は一部の業務を外注する方向で予算編成した。インターネット運営費並びに四病院団体協議会はその活動に要する経費を精査のうえ計上している。公租公課では消費税と一般会計，事業会計で取り扱う収益事業部分の法人税，住民税，事業税分を計上した。繰入金支出で退職手当積立金特別会計に660万円を計上し，年度途中で余裕が出たときに公認会計士の指導による期末要支給額の範囲内で相当分を修正計上したいと思っている。IHF国際交流基金特別会計は前年度同額の1,000万円を計上した。予備費は不確定事業が予想されるため200万円を計上した。以上により，一般会計の当期支出合計は5億4,199万円で，当期収支差額は1万円，次期繰越収支差額は1,616万円である。

事業特別会計の収入の部で，収入は研究研修会，セミナー等の参加費と通信教育の受講料並びに雑収入である。研究研修会は17年度は休止とし，診療報酬改定説明会を2回と介護報酬改定説明会を1回計上した。通信教育は17年度も引き続き診療情報管理士の受講者の増大が予想され，その受講料を計上している。セミナーは四病協の事業として実施する5回の開催を予定している。以上により，当期収入合計は5億6,923万円で，収入合計も同額である。

支出の部では，研究研修会は収入の部で申し上げたように説明会を計3回分計上し，通信教育については教材作成費の節約，廉価のスクーリング会場の再考をお願いして積算している。セミナーも内容の再検討をしてもらい，統計情報関係費は病院運営実態分析調査，診療報酬改定影響度調査及びDPC関係の調査を予定しているが，印刷製本費等の見直しによる経費を計上している。公租公課については，消費税並びに法人税，住民税，事業税分は一般会計と合算のうえ一般会計から支出する予定にしている。一般会計への繰入金支出については，17年度収支差額分の1億5,943万円を繰入れる予定である。以上により，当期支出合計は5億6,923万円で，当期収支差額，次期繰越収支差額とも0円である。

次に，基本財産，退職手当積立金，IHF国際交流基金，事業安定推進基金の4つの特別会計については，収入の部は先ほど一般会計で説明したとおり繰入金収入として退職手当積立金特別会計に660万円，IHF国際交流基金特別会計に1,000万円をそれぞれ計上している。支出の部で，退職手当積立金特別会計では1名の退職予定者の退職積算額を計上した。IHF国際交流基金特別会計は，アジア地域病院関係費として第55回日本病院学会への招待費用を6カ国分とAHF関係会議出席費用を計上した。欧米等地域病院関係費にはパリでのIHF理事会への出席費用を計上した。負担金は，国際病院連盟年会費を1ユーロ145円で計算して226万円，アジア病院連盟年会費は1ドル130円で計算して6万6,000円を計上した。

なお，17年度予算案についても，年度途中で新規事業が実施されたり大幅に予算額との相違が生じた場合は，理事会の認定を経て代議員会及び総会の決議を得るものとされている定款の規定に基づいて予算の修正を行い，対処したい。これを承認していただいたら，３／26に開催される代議員会・総会に諮りたい。

以上のような説明が行われた後，佐藤常任理事から前回の役員会で提案された新年会の予算はどうなっているのかと質問があり，山口事務局長は日程等が急遽決まった関係でこの案には織り込んでないが，予備費等でとりあえず充当して年度末修正をかけたいと答えた。土井常任理事からは，負担金で国際病院連盟は226万円，アジア病院連盟が６万6,000円とずいぶん差があるが活動が違うのかと質問があり，秋山国際委員長からは，以前からの決まりで各加盟国の経済状態によって割り当てられたものであり，高いのはアメリカと日本である。これは値下げするよう，理不尽であると常々理事会でも発言しているが，なかなか動きがとれない。最近も一律５％の値上げをすると言ってきたので厳重に抗議して，この５％はさすがにストップさせた。活動的に差があるのかということは，自分も及ばずながら毎回出席して発表もし，学会誌に投稿もしているが，日病の先生方にも総会に出席してもらって大いに日本の医療状況を発表してほしいと思っている。AHFのほうは，広告料で会費の主なことを賄っているのでそのへんが違うが，活動としてはむしろ近隣のAHF諸国との活動が活発である。IHFの負担金は動きがとれない状態であるが，今後とも会費のことはクレームを言い続けていくつもりであると答えた。

以上の質疑の後，16年度補正予算と17年度収支予算案は承認された。

6. 日本人間ドック学会の法人化について

山本会長から，日本人間ドック学会は認定医制度がスタートし，施設の機能評価も始まって大きく育ってきた学会であるが，この法人化を目ざしたいと提案があった。その最大の動機は，平成14年度から専門医の広告ができるようになったことであり，基準の１つに学会が法人格をもつことがある。人間ドックの専門医制度を始めて，広告するためには法人格をとって学会として独立していくのが１つの方向であり，これまで日本病院会が育ててきた学会の１つであるが，この際，更に大きく飛躍してもらうために法人化を目ざそうということであると説明した。

奈良副会長は学会理事長として補足説明し，現在，学会の会員は医師会員が3,000人弱で医師以外の会員が1,000人，計4,000人いる。認定指定医の資格を取った者が2,300人になり，人間ドック・健診施設の機能評価は現在103施設が受審を希望しているが，質の向上と受診者の視点で情報公開しようと始めていろいろなメディアで取り上げられている。法人化については，２段階で初めにNPO法人を取り，やがては社団法人に育てていこうと考えている。学会と日本病院会との連携をとって，十分リードしながらやっていきたい。以上のような説明があり，法人化を目ざすことが承認された。

〔報告事項〕

1. 各委員会，研究研修会の開催報告について

（１） 個人情報保護に関する委員会（２／１，２／９，２／21，武田副会長)……昨年の10月ごろから，個人情報保護法に関する対応を急がなければいけないと日病ニュースなどでも訴え，年が変わると心配になって早くやってくれと言われたりした。今回，委員会をつくって３回集中的に開き，「病院における個人情報保護法への対応の手引き」という冊子を作った。その前に，保護法の４月施行に向けて２月中には会員に情報を流さなければいけないということで，まず「各病院が個人情報保護について掲げる方針」のひな型と，「利用目的を明示したポスタ

ー」という2つのひな型を作り，日病ニュースでもインターネットでも掲載した。同時に「利用目的を明示した患者さんに手渡すリーフレット」の一例も作った。

次に，厚労省のガイドラインもなかなか読みづらいところもあって日本医師会ではガイドラインをつくり，医療機関として全体のことをコンパクトにまとめている。我々は，やはり病院を主体において，「病院における個人情報保護法への対応の手引き」という，少し引いたかたちでタイトルをつけた。目次は，だいたい厚労省のガイドラインに沿ったかたちにして，平易な文章に直している。まず総則として，個人情報はどうして必要になったのか，守秘義務とどう違うのかと記載してある。認定個人情報保護団体というのがあり，日病はこの保護団体になれるが，厚労省で手続等が決定したら保護団体となって，会員の皆さんの連絡，指導等をできるように，委員会は引き続いてその仕事をしていこうと思っている。

また，安全管理措置の内容は特に詳しく書いており，第三者への提供というのが個人情報保護法の1つの柱で，本人の同意を原則得なくてはいけない。学会発表のとき匿名化が100%できれば必要ないが，なかなかできないので本人の同意を得て発表することも必要になる。全部で100頁という手引きであり，各病院で個人情報の取扱いのガイドラインをつくらなくてはならず，それのひな型なので，このまま使ってもいいし加工してもいいように作った。最後に，個人情報漏えい保険というのが，日本病院共済会で扱っている損害保険と同じようにあるので，これも検討してほしい。この手引書は近いうちに全会員にCDを付けて送ることになっている。

（2） 医療の非営利性についての検討会（1／26，武田副会長）……厚労省の医業経営の非営利性等検討会に日病の意見をまとめて持っていくためにつくった委員会で，第1回を開き，まず「非営利性とはどのようなものか」と，我々は医療法人については非営利だと信じているが，一般の金融機関などはどう見ているかということで明治安田生命福祉研究所主任研究員の松原由美さんが厚労省検討会の委員で，分かりやすい話をしていたので勉強しようと来てもらった。

非営利の要件とは営利要件の反対であり，出資者との間の持ち分関係がない。利益獲得に関する相違点が一番大きくて，営利はとにかく利益追求で際限なく追求するが，非営利は収益を得てもいいけれど一定のレベルで抑止力が働くということが違う。ところが，非営利といいながら営利に侵食される可能性のあるものを抽出すると，医薬品や医療機械の会社と取り引きしているのだから非営利だけではないのではないか。金融機関からの借り入れも資金調達のなかで営利と関わっているのではないか。それから，内部取引で理事長などの役員といわゆるMS法人との関わり合いで，収益のある部分がそちらへ行けば営利といわれても仕方がないのではないか，などという問題を投げかけてもらった。

（3） ITシステム委員会（2／9，石井常任理事）……当委員会は病院の業務と関係するIT問題を扱っているが，DPC等も進んでくるなかで電子カルテシステムが普及してきており，一方でいろいろな問題点が言われている。このへんの運用状況を把握する目的で，会員に対してアンケート調査を行いたい。もう1つ，「私のカルテ」という，日本病院会が進めている患者さん自身が持っていて主体的に健康管理してもらうための医療情報というのがあり，その携帯電話版を開発するという企画について，いくつかの試案を出しながら進めたいと継続検討している。

（4） 予防医学委員会，人間ドック・健診施設機能評価委員会（2／10，天川常任理事）……人間ドックの機能評価受審申請が2／9現在で97件きており，だいたい月に10件ほど評価を行っている。今回の調査報告で7件のうち5件を認定し，2件は保留とした。学会の法人化の問題は先ほどの説明のとおり，全委員の承認を得た。

認定指定医制度は発足後5年が過ぎて，継続

認定ということで昨年第１回の更新があった。今回，合同事業として行っていた日本総合健診医学会がこの事業から撤退するという経緯があって，その後の処置をどうするか協議した。この制度については引き続きドック学会の事務局が事務手続を行っていくが，総合健診医学会のみの会員はどうなるかという問題で，もちろん現在認定指定医である人たちはその期限が来るまで当然認定指定医として認められる。更に，継続を希望する人で日本人間ドック学会でない学会員はどうするかということは，当面は当学会への加入を必要としないということで認められた。継続を希望しない場合は，認定指定医から外れることになる。

以上のあと奈良副会長が補足して，平成14年に総合健診医学会が料金設定の問題で公取委から立入り調査を受け，人間ドック学会も健保連も同時に調査を受けた。結局，両方の学会がまたがっているのはおかしいという指摘もあって，それぞれ独立しようということになった。総合健診医学会は当初，自動化健診学会という名前で1964年に予防医学委員会の第２部会としてスタートしたが，やはり独自の道を行ったほうがいいという話し合いをし，将来基盤整備ができたらまた手をつないで一緒にやろうという話になっている。総合健診医学会も厳しい状況があり専門医制度を打ち出してきたが，人間ドック学会認定指定医というのは既に登録していて，そのあたり複雑になってくると思うが了解いただきたいと説明があった。

（５） 地域医療委員会（２／16，林常任理事)……医療計画の見直しについて，厚労省医政局の梶尾企画官を招いて意見交換した。２／14の厚労省検討会の説明があり，日常医療圏という中に日常の生活で主要な疾患ごとに患者が必要とする外来医療や入院医療が完結する圏域を指すということで，これまでの二次医療圏を改めたい。今の二次医療圏は線引きが難しく，そのなかで，主要な疾患としてがん，脳卒中，急性心筋梗塞と合併症の多い糖尿病を取り上げ，また，小児救急を含む小児医療や周産期医療，災害医療などを取り上げたいという説明であった。

当方側からは，地域医療の中心は病院が果たしているのであり，紹介率が逆に地域医療の確保という点で足を引っ張っている可能性はないか。地域医療支援病院はかかりつけ支援病院に過ぎず，地域住民の満足を得ているのか。同様に，特定機能病院も９割がDPC該当病院であって定型化したいわば一般患者であり，これに対する評価はどうなっているか。小児救急もほとんどは時間外診療であって救急ではない，一次ですむ問題である。いま病院の勤務医が非常に忙しくて対応的に限界に来ている。どんどん開業して行って夜の診療などは病院にまかされている。主な疾患の目標値ということで，がんの患者であれば５年生存率を20％改善すると書いてあるが，その根拠を聞くとエビデンスも何もない，などと論議した。

（６） インターネット委員会（２／18，斎藤(洋)理事)……今回は島根県立中央病院で調査研究をかねて開催した。同院の電子カルテは瀬戸山院長時代にパイオニア的なシステムを構築され，今回これをバージョンアップしたのでそのシステムが動き出した翌々日にお願いして，忙しいなか視察した。今度，第55回日本病院学会のシンポジウムで「病院IT化の光と影」というテーマで行うので，特に光のところはいろいろなところで聞くと思うが，影の部分を明らかにしていきたいという点で同院の問題点も報告してほしいと実地調査させてもらった。

シンポジウムについては４つの施設から発表してもらい，担当の大井副会長からも個人情報保護法とIT化などで話をいただく。また，ホームページ上の日病の情報発信は役員会速報のほかにも，委員会のなかから整理してどういうものを取り上げていくか検討していくこととした。

（７）雑誌・ニュース編集委員会（２／18，石井常任理事)……今回は主に雑誌の問題について検討し，第54回日本病院学会の推薦演題10題は雑

誌3月号に掲載するが，その他の優良演題もあるので，委員の皆さんから推薦してもらって11題を載せることになり，寄稿を依頼して4月，5月に分けて連載する予定である。英文誌のジャパンホスピタルズの2005年版は現在2編原稿が来ているが，あと4～5編必要なので皆さん方からも投稿をお願いしたい。日病雑誌に掲載している論文のなかで海外に紹介したほうがいいという内容があれば，翻訳して出していくことも考えたい。

また，各委員会の報告をこれからもっと雑誌，ニュースに反映していきたいということで，委員会に関係している先生方から現在の検討状況を報告してもらい，今後のテーマの参考にした。

（8）感染症対策委員会（四病協合同委員会）（2／24，佐藤常任理事)……感染制御スタッフ養成のための感染管理講習会は今年で3回目であり，その第2クールが2／19～20に437人が参加して行われ無事終了した。感染症対策は国立感染症研究所の岡部委員から，この冬のインフルエンザやノロウイルスなど感染症の状況とその対策について解説があり，最新の情報なのでこれを日病のホームページに掲載することとした。もちろん，四病協合同会議なので他の団体にも同じ資料が提供される。また，厚労省に今年から「院内感染対策中央会議」が設置され，そこで院内感染地域支援ネットワーク事業という中小病院等に相談，助言できる体制が整備されるという。

（9）中小病院委員会（1／27，福田常任理事）……今回は秋田で開催した。第55回日本病院学会のシンポジウムは，福田が会長なので梶原副委員長に座長をお願いし，シンポジスト3名を決めた。経営調査も例年どおりデータを提出してもらって，参加者の病院と比較して参考にしてもらうということで実施する。

今回の第7回中小病院情報交換会は秋田県病院協会と秋田県医師会の協力を得て，「中小病院の経営戦略」のテーマで行った。その内容は，特別講演の講師がイニシアという会社の代表取締役の田原氏で，ユニークな話であった。シンポジウムも委員会委員等のメンバーで行い，大変好評であった。

(10) 診療情報管理士教育委員会・専門課程小委員会（2／3，大井副会長)……平成16年度の教育に個人情報保護法の内容を追加することとし，17年度教育の実施要綱あるいは教科書やリポート問題，試験の内容について検討した。1～2月のコーディング勉強会は全国13カ所で実施した。

(11) 医療制度委員会，診療報酬小委員会合同委員会（2／26，邉見常任理事)…… DPCについて集中審議しようと，厚労省保険局の中村企画官と産業医大の松田先生というDPCを実際にやっている両先生を招いて，現状の問題点や今後の見通しをきいた。平成18年度でどれくらい拡大するか検証中の段階であるが，病院のマネジメントに必要なものであり，特に高額医療機械の無駄な投資など防ぐ意味でも重要であるという切り口もあった。

現在の問題は，救急をどうするか。あるいは2カ月とか複数月にわたっていく場合の請求の問題。DPCの監査はどうするのか，今のところは非常に難しくてフリーパス的であるという。救急は，救急告示病院をある程度ランク付けして，本当に重症度があるかどうかによってDPCに載せるという考えもある。試行病院によって，事務量が増えたところと減ったところもあり，ドクターのカルテの記載に時間がかかるという問題や，高額医療材料とか血液内科のような高額薬品，精神科の疾病を持っている人のDPC，丸めをどうするかという問題など細かいところの話もあった。

2．四病協諸会議の開催報告について

（1）総合部会（1／26，2／23，山本会長)……自民党の関係議員にあてて1／25，指定介護療養型医療施設（療養病床，老人性痴呆疾患療養病棟）における居住費用や食費の保険給付を存続するよう要望提出したが，自民党部会で承認

されて国会提出が決まり，国会の議論に移った。医療法施行規則19条の医師定数規定で，病床や外来に対する数の問題などが非常に古い法律として未だにあって，しかもそれがクリアできないという問題が提起された。また，医療法人の問題や病院経営上副次的に発生する費用の問題，例えば安全管理とか感染管理，新しいディスポを導入しても少しも収入に還元されないという，いずれも今回の診療報酬制度の見直しに関わることなので，基本的に全部まとめてどういうかたちでやっていくかということが大事と思っている。

消費税の問題は，地方の病院協会を回ったときもとにかく今やってほしい，何とか解決してほしい最大の問題と言われた。四病協として実態調査を行い，消費税に対してアピールをしようと日本病院会も重要問題として取り組むことを決めた。中医協については，有識者会議が2／22から始まり，次回中医協の星野会長と規制改革・民間開放推進会議の宮内議長を招致してヒアリングするということで傍聴したい。第三者で行われる会議であって，病院団体始め関係団体が入って広く議論できる場にしようという項目が1つ入っており，病院団体の窓口というのをどうするのか詰めていきたいと思っている。

（2）日医・四病協懇談会（1／26，山本会長）……日医と四病協とで本音で病院の問題を話し合おうと第4回を数えており，今回は混合診療と中医協問題の評価をした。中医協に対しては医師会の中とか外とかということでなく，病院団体としてフリーにきちんと発言できる場を確保したいという考えであると申しあげた。混合診療問題に絡んで日本大腸肛門学会から，痔核手術のPPH法について混合診療で認めるのは時期尚早であるという強い意見をいただいているのでその申し入れを伝え，中医協の場で検討するようお願いした。その他，医療法人制度やEPA（経済連携協定）などの問題について論議した。

（3）医業経営・税制委員会（2／2，関口理事）……平成17年度税制改正の結果は消費税の対応が問題であり，改正項目に消費税を取り上げてもらいたかった。実際に損税が発生しており，その実態について四病協としてアンケート調査を行うよう2／23の総合部会に提案することとした。株式会社の医業経営参入問題については，規制改革・民間開放推進会議の答申や厚労省の対応などをみてから検討することとした。

（4）医療保険・診療報酬委員会（2／4，齊藤常任理事）……平成18年の診療報酬改定を踏まえて中医協の医療経済実態調査が進められており，慢性期入院医療は包括評価の調査が行われて3月末には報告書がまとまる見込みであるという。介護3施設の居住費用と食費を保険給付の対象外とすることが自民，公明の両党で決められ，介護保険法改正案が国会提出されているが，その行方を慎重に見守る必要がある。中医協のあり方については，有識者の今後の議論がその構成等に重大な影響をもたらすだろうと報告があった。

（5）医療制度委員会（2／8，池澤副会長）……医療計画の見直し等に関する検討会（1／25）の報告，説明があり，一般病床と療養病床の移動はなお流動的で，どうしても埋まらない問題は特養に入所している患者が急変して急性期の病院に入ったとき，かなりよくなっても戻せない場合がある。経管栄養などやると引き取ろうとしないような問題もあり，どう解決すればいいかという問題も出ていた。

3．第5回医業経営の非営利性等に関する検討会の開催報告（2／1，武田副会長）

この検討会は，医療を非営利と考えるならどうあるべきかということを検討していこうという趣旨で，認定医療法人制度が提案されているが社会福祉法人とよく似ていて持ち分がなく，市民団体を入れて，役員報酬の限度を決める。それで公益性があるということに持っていこうと非営利性を強く打ち出している。今回は「非営利性とはどういうものか」というテーマで論議した。次回は

「公益性とはどういうものか」という問題を検討する。

4．第５回社会保障審議会・医療部会の開催報告（２／２，村上副会長）

平成17年度の医政局関係の予算について説明があり，三位一体の改革で財源を地方に移して予算がかなり減ると思ったが，国保関係を移した程度であった。医療提供体制改革の論点整理として，過去４回にわたった委員の発言内容をまとめた。今後これをもとに７月までに月２回開いていく。

論点整理としては，①医療提供体制の改革の基本的考え方，②患者・国民の選択の支援では，特に広告の問題や診療情報提供を取り上げ，③医療安全対策の総合的推進では国，地方の役割，医療機関の体制，医療事故や関連死の報告，届出の制度などを上げた。更に，④小児をはじめとした救急医療体制のあり方，⑤医療計画制度はこの部会でも扱い，⑥へき地医療提供体制の確保，⑦医療機能の分化・連携，⑧在宅医療の推進，⑨医療法人制度の見直しも扱っている。⑩医療を担う人材の確保と資質の向上では，医師の欠員の問題，麻酔科や小児科，看護師の不足なども取り上げ，⑪その他という計11項目に整理された。

5．第５・６回医療計画の見直しに関する検討会の開催報告（１／25，２／14，池澤副会長）

一般病床及び療養病床の基準病床数の算定式は当初案のとおりで，2／14の検討会でだいたい確定した。病床利用率は一般で80%，療養で93%とされている。「平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画の見直しの方向性」として，患者・住民の視点に立ったもの，質が高く効率的で検証可能な体制の構築，都道府県が自主性・裁量性を発揮してという趣旨で，がん，脳卒中，小児救急を含む小児医療等について具体的に，数値目標によって住民・患者に分かりやすい計画を立てるという提案が出された。

例えば，がんに係わる保健医療提供体制の実現における都道府県の役割とイメージとして，５年生存率の20%改善を５年計画でやると言っているが，具体的な数字としてどうして出てきたのか。ほかの疾患にしても，脳卒中の死亡率の25%改善ということであるが，数字はこだわっていない，ただ書いただけということであった。二次医療圏から読み替えて，日常医療圏としてそれぞれの目標を立てていこうということで，都道府県で構築する診療ネットワークのイメージも示されたが，議論はこれからであり，次回はこの問題を中心に行う。

6．第１回診療情報管理士指導者認定について（大井副会長）

日本診療録管理学会が診療情報管理士の更に上位の「診療情報管理士指導者」という資格をつくって，平成17年度から認定作業に入ろうとしており，その骨子ができ上がった。17年の４／１から４／30までに受け付けて，指導者の資格を得た人には学会評議員や委員会委員，また研修会や認定大学・専門学校の講師などになれるということを謳い込んだ。この背景には，現在日本病院会の通信教育で既に9,550人の認定者がおり，現在受講中の者が約8,000人いて，これから質の強化に入らざるを得ないと踏み込んだ。

受審資格は学会員で業務経験５年以上などと一定の条件が必要で，生涯教育委員会の審査及び検定試験を通れば得られるというものであり，病院で関連する方がいれば受講するよう勧めてほしい。

7．日医・第４回医事関係法関係検討委員会，診療情報の提供に関する指針検討委員会合同委員会の開催報告について（１／28，大井副会長）

合同委員会となっているが，個人情報保護法の施行にあたっての日本医師会のマニュアルを作る委員会である。２／25に都道府県担当者説明会を開き，「医療機関における個人情報の保護」という102頁の冊子を配布し，ポスターも配った。この冊子とポスターは３／15に日医雑誌に同封して発送するが，医師会のホームページのメンバーズルームからも見ることができることになっている。

8．日本医療機能評価機構・医療情報サービス事業第6回運営委員会の開催報告について（1／28，大井副会長）

医療機能評価機構では病院機能評価以外の事業として診療ガイドラインを作成しており，平成15，16年度ですでにくも膜下出血や喘息，糖尿病など7疾患について，公開用サーバ（Minds）に掲載している。16年度内に更に胃潰瘍，急性膵炎，乳がんなど5疾患を掲載予定で，17年度も進めていく計画である。ぜひ，関係する医師はこれを利用されるよう，内容はEBMそのものであり，このMindsを参考にして治療計画を立てている医師もいるということであった。

9．その他

（1）保健・医療・福祉情報セキュアネットワーク基盤推進コンソーシアムの設立総会報告（2／4，山本会長)……この会は，要するにIT化が進行していくなかで医療情報等の安全対策を情報通信側としてしっかり確立していこうということであり，セキュアネットワークというのが立ち上がってユーザー代表として日病の役員参画を求められた。前回の常任理事会で了解を得て山本が副会長に入ることになった。会長には，この分野で第一人者とされている東京工業大学の大山教授が就任した。

〔協議事項〕

1．定款変更について

山本会長から定款の一部変更について諮りたいとして，昨年3月の役員改選を前に一部の会員から，正会員の資格に関して役員の現状と定款及び同施行細則の規定の解釈や運用との関連で意見が出された。この取り扱いを一昨年の12月の常任理事会と昨年2月の合同理事会で協議した結果，正会員の資格については現行の取り扱いを引き続き認めることとし，運用については定款及び施行細則の規定上の問題はない旨が承認された。その際，昨年2月の合同理事会では定款及び施行細則の規定について明確な解釈ができるよう，その文言等を次期執行部で検討することが確認され，引き継ぎ事項として昨年8月以降に総務委員会で検討を重ね，監督官庁である厚労省とも内々の協議を行ってきた結果，今回その変更案がまとまったので諮りたい。

まず，今回の定款及び施行細則の一部変更の考え方として，第1に正会員資格はこれまでの経過と現状をふまえて現行どおりとする。即ち，各病院の事情により名誉院長等も正会員として認めるということが第1点である。第2が，定款及び施行細則の規定の文言を明快に解釈できるよう整理し，第3に，政府の公益法人指導監督基準にしたがって必要な変更を行うということであるとして，中身の説明は山口事務局長から，資料に基づいて次のように行われた。

今回予定している定款変更の事項は5項目あり，まず，正会員の事項について，今年1月の時点で役員の理事，代議員，監事の先生方の病院における役職名を整理すると，公的と私的に分けて合計183名のうち院長138名（監事2名含む），理事長32名，名誉院長5名，顧問3名，会長2名，総長，理事兼病院統括監，病院事業管理者，副院長，常務理事各1名となっている。現行の定款で正会員は「病院を管理する病院長または医師である開設者」と規定され，それに該当するのは最初から2つということになると思うが，名誉院長，顧問等々の役職を持っておられる先生方で役員になっている方々が以上のようにおられる。

定款変更の理由として，当会の会員は定款第5条の規定により，正会員，特別会員及び賛助会員の3種類とされ，正会員の資格については「この会の目的および趣旨に賛同し入会した病院の代表者。代表者はその病院を管理する病院長又は医師である開設者とする」と規定されている。また，定款施行細則では，定款に定める「医師である開

設者」の解釈が規定されており，これらの規定をもとに運用してきた結果，役員の現状が先ほど説明した数字になっている。このなかには，定款に定める「病院を管理する病院長」，それから「医師である開設者」に直接読めない，該当しないという方がいるが，これらの取り扱いについては施行細則の規定も含め運用した結果，いずれも常任理事会において正会員の資格に該当すると認められている。一方，当会活動を活発に展開していくためには，役員の先生方が当会の活動に積極的に参画していただくことが不可欠であり，各病院がこの趣旨を理解して，病院の事情もふくめて自分の病院の代表として正会員としては病院長，開設者以外の方を会員として届け出た場合，これを認めることは慣例となっており，定款施行細則にも読めるということである。

以上の現状をふまえ，当会の活動を積極的に展開していくためにもこの際，正会員の資格に関する規定を整理して文言を変更したいということである。なお，施行細則については，現在の病院の代表者がほとんど医師であるということに鑑みて，正会員資格は当分の間医師に限定するということとしたい。新しい定款の案としては，第５条の正会員の規定について，現行の「この会の目的および趣旨に賛同し入会した病院の代表者」という部分を残し，以下の文言は削除しようということである。具体的には，第５条を「会員を分けて次の３種とし，正会員をもって民法上の社員とする。正会員とは，この会の目的および趣旨に賛同し入会した病院の代表者」ということで，民法上社団法人の場合は社員資格をはっきりさせるという規定になっており，文言に付け加えた。

次に，２つ目の変更事項は，役員定数の第12条「若干名」の項を具体的に規定するということで，理事の定数は現在66名であり，これも内々厚労省と協議したが，日本病院会の正会員数の2,700名程度からいくと66名は上限としていいのではないか。下限はだいたい１割の幅をもたせたら適当でないかということで60名としたい。代議員はこれも「若干名」になっているが，現員は120名であり，代議員の選出は会員数によって変更される場合があるので，現在の120名をもとにそれぞれ１割ずつの上限，下限をとって，「110名以上，130名以内」としたい。したがって，理事60名を割った場合，代議員110名を割った場合は選出しなければならないということになる。

更に，資産の管理の項で，第31条に「郵便官署」という文言があるが，これは現在の「日本郵政公社」に変える。それから，剰余金処分について第33条の規定で，「年度末において剰余金を生じたときは，代議員会の議決を経て，その全部若しくは一部を翌年度に繰り越すか，又は積立金として積み立てるものとする」となっている。これは，現在の公益法人の会計基準は収支差額が出た場合には翌年度に繰り越すことが原則になっており，予算のほうでも特に積み立てる場合は事業安定推進基金というような特別会計をつくって積み立てているので，この規定は削除するよう指導もいただいたのでそっくり落とす。また，解散時の残余財産の処分は，仮に日本病院会が解散する場合は総会の議決が必要になる。解散にからむ件はすべて総会の専権事項と民法上も決められており，モデル定款でもそのように指導されて現行でも解散は総会の議決になっているが，財産の処分だけ第39条で「代議員会の議決」という規定になっているので，これはやはり「総会の議決」に改めたい。

以上が定款変更案の５項目であり，定款施行細則のほうは医師である開設者についての解釈が第１条に出されているが，これを「定款第５条の規定に定める病院の代表者は，当該病院が代表として届け出た医師とし，常任理事会で承認した者とする」と簡明に整理する。定款改正案は本日承認されると３月の代議員会・総会に諮り，大臣の認可申請を行って認可が下りた段階で定款施行細則のほうは変更したいと事務処理上考えている。

以上のような説明の後，山本会長から定款変更案の５項目と定款施行細則の変更について諮られ，承認された。

2. 医療費の総枠規制について

山本会長から医療費の総枠問題について，社会保障給付費の伸びを名目GDPの伸びを超えないように抑制していこうという提案が経済財政諮問会議の民間議員から出されたが，これに対して病院団体は発言する必要があると思うとして，本日はこの議論をしている時間がないので提案するかたちをとりたいが，この総枠規制に対する考え方はいろいろあり，尾辻厚労相はGDPの伸びと医療費の伸びは関係ないので規制するのはおかしいとし，医療界もGDP比8.5%では少ないと言ってきた経緯がある。ここはしっかりとした理論武装をして提言しなければいけないと思う。

以上のような説明があり，この問題は医療制度委員会で早急に検討するよう指示があった。

3. 医療計画について

次に，山本会長は医療計画の見直しで厚労省医政局の谷口指導課長から説明を受け，また意見を求められたとして，基準病床の一般と療養の計算式が示されたが，その間の移行は固定したものでなく自由に移行できるという。更に，検討会で出た診療ネットワークに関する説明が不十分で誤解を与えたとして，地域の医療計画のなかで拠点病院をつくるという，がんの拠点病院とか心筋梗塞の拠点病院という言葉を使ったために災害拠点病院とかエイズ拠点病院と混同して，その拠点病院にならないとできないのかというような誤解を与えた。そういう意味でなくて，地域医療のなかで機能分化し連携していけばそれが拠点病院だということであり，そこで，地域にとって意義のあるシステムを構築するために，どのような地域包括的な医療提供体制が組めるかアドバイスをほしいということであった。

2点目は，小児科や産科については地域連携によって必要な医療を確保する研究が進められているが，今後がん，脳卒中，急性心筋梗塞，糖尿病などの診療科別で地域連携の医療確保を目指す体制について検討することとしているので，そのネットワークのあり方について意見がほしい。3点目は，都道府県の取り組みを国民に知らせようと，具体的な数値目標の設定と評価を導入しようとしており，地域医療を評価するにあたって活用すべき指標ということについて意見をほしいという，この3点が医療計画に関する今後の検討課題ということであった。以上については地域医療委員会で対応するよう指示があった。

4. 医療ミス・リピーター医師の再教育問題，高齢者医療制度について

山本会長は医療ミスのリピーター医師の問題について，医師法を改正して再教育を義務づけようと厚労省から提案されているが，これはどちらかといえば病院の先生が多いので病院団体として意見を出したいとして倫理委員会での検討を依頼した。また，高齢者の医療制度について，財源論の問題から75歳以上の後期高齢者の制度などをつくろうと検討が始まっているが病院団体としてどう考えていくか，場合によっては特別プロジェクトをつくって検討してもらおうと考えていると述べた。

5. 消費税問題について

山本会長は消費税の損税問題について，先ほども報告したように各地域の病院から，もし消費税率が10%とか15%になって，それが今のかたちで行ったら，もう病院はやっていけない，これは何とかしろという大変強い声がある。そのとおりだと思うし，この問題は日病もこれまでズーッと検討してきて，基本的に軽減税率という方向が出てきたように思うが，より具体的に検討して提言するために今度損税の実態調査を四病協で行い，それをふまえて消費税のあり方を提言するプロジェクトチームを税の専門家も加えて立ち上げ，2カ月ぐらいで1つの方向を検討してもらいたいと思っている。この問題は医療経済・税制委員会で引き続き検討を願いたいとした。

6．その他の問題について

山本会長はその他の問題として，１つは病院会計準則の適用の問題があり，これについて公的病院は適用するとしても医療法人はこれをそのままやられても困るという意見がある。退職給与引当金を積むことなども現場でどう適用できるかという問題があるとして，医療制度委員会での検討を求めた。

もう１つ，保険者の再編統合で，国保と政管健保の見直しを都道府県単位でやろうという方向が出ているが，我々は健保組合にメスを入れなくていいのかという問題がある。保険料率も1,000分の60から96ぐらいまで幅があり，組合全体として法定準備金とか余剰金を含めて３兆円以上も持っているというなかで，医療保険だけでいえば黒字になっている。こういうことをふまえて，あまりにも保険料率と給付のバランスが政管健保あるいは国民健康保険と比べるとおかしいということをどうアピールしていくか，これも医療制度委員会での検討をお願いしたいと述べた。

また，先日日本麻酔科学会の理事長さんと役員の方が来て，「麻酔科医マンパワー不足に対する提言」という資料を持ってきて説明された。病院に麻酔医が足りないのは麻酔医の問題でなくて病院が条件を整えていないからだというような趣旨で，現場と学会との認識に乖離があることも分かった。今いろんな地域で麻酔医が病院を辞めて自分たちでグループをつくって開業し，紹介派遣業をしているという問題や麻酔士の養成についても意見交換したが，この資料を読んで，学会に申し入れていこうということがあれば意見をほしいと述べた。

以上で議事を終えた後，中山顧問から日本病院共済会の創立30周年記念式典と祝賀パーティを４／23，午後５時30分から開く旨の紹介があり，梶原常任理事からは，日本病院共済会の事業として個人情報漏えい保険について紹介，更に，病院におけるデビットカードサービスの導入に向けてデビットカード推進協議会，NTTデータとともに取り組みたいという提案がなされた。

最後に，池澤副会長から閉会の挨拶が述べられ，合同理事会を終えた。

（日本病院会事務局　広報部）

第31回日本診療録管理学会学術大会の開催概要

会　期：平成１７年９月１５日(木) ～１６日(金)

・１５日(木) 教育講演，一般講演，シンポジウム，セミナー，展示会，懇親会

・１６日(金) 特別講演，教育講演，一般講演，シンポジウム，セミナー，展示会

※セミナーは日本病院会生涯教育委員会の企画で行われます。

会　場：秋田キャッスルホテル

〒010-0001　秋田県秋田市中通１丁目３番５号　TEL. 018-834-1141

テーマ：『２１世紀の診療情報管理を考える』－個人情報保護法施行を見据えて－

役　員：

学術大会長　　：林　　雅人（平鹿総合病院　院長）

実行委員長　　：大久保俊治（平鹿総合病院　副院長）

プログラム委員長：平山　　克（平鹿総合病院　副院長）

運営幹事：

松谷富美夫（鹿角組合総合病院　院長）　神谷　　彰（北秋中央病院　院長）

大渕　宏道（山本組合総合病院　院長）　小玉　雅志（湖東総合病院　院長）

坂本　哲也（秋田組合総合病院　院長）　西村　茂樹（由利組合総合病院　院長）

小野地章一（仙北組合総合病院　院長）　小野寺幸男（雄勝中央病院　院長 ）

参加費：会　員　１人　7,000 円（事前）　8,000 円（当日）

非会員　１人　8,000 円（ 〃 ）　9,000 円（ 〃 ）

懇親会　１人　7,000 円（15 日　18：20～20：00）

特別講演：若者は未来を向いて　　西澤潤一（首都大学東京　学長）

教育講演（Ⅰ）：診療情報管理士の教育と役割

鳥羽克子（国際医療福祉大学医療福祉学部　医療経営管理学科教授）

（Ⅱ）：診療録からみた病院の質

岩﨑　榮（日本医科大学　常務理事）

大会長講演：卒後臨床研修と診療録管理　　林　雅人（平鹿総合病院　院長）

●一般(演題・抄録)募集のお知らせ●

演題・抄録原稿締切日：２００５年６月２０日（月）

＊第 31 回では，演題・抄録原稿の受付をインターネット上で同時に行います。

＊今回提出された抄録原稿をそのまま抄録集原稿とさせていただきます。なお，応募に際し，以下のセッションを選択してください。
①診療録の意義とその管理　②診療録の種類　③記載の方法　④診療情報管理を始めるために　⑤診療録管理の業務　⑥診療録保管の方法　⑦診療録管理とスペース　⑧統計と医療評価　　⑨医療の質に関して　⑩診療情報管理と法規　⑪診療情報管理のコンピュータ化　⑫病院管理

＊下記の要領で一般演題（口演・ポスター）の募集をいたします。活発な意見交換のため，多数の応募をお願い致します。
・大会ホームページ www.hiraka-hp.yokote.akita.jp/jmr2005/の「演題申込」画面にて必要事項を入力し，お申し込みください。
・抄録作成は，大会ホームページに添付してある「抄録原稿雛形（WORD／一太郎)」をダウンロードし，お使い下さい。応募期間：平成 17 年 5 月 6 日（金）～6 月 20 日（月）(応募期間中であれば，何回でも修正可能になっております。)

＊応募演題の採否及び発表形式（口演・ポスター）につきましては，学術大会長に一任願います。採否につきましては，6 月末までに応募の際に登録された Email アドレス宛にお知らせいたします。Email アドレスをお間違いのないようにご注意ください。

●事前参加登録のご案内●

事前参加登録締切日：２００５年７月２０日（水）

＊参加申込後，登録 ID と登録完了 mail が申込の際に登録された Email アドレス宛に届きます。その後，事務局より郵便局払込取扱票を送付いたします。送付される郵便局払込取扱票に登録 ID 及び申込者の情報が印字されておりますので，確認の上，郵便局にて払込みをお願いいたします。この払込取扱票は事前参加申込書と参加費送金票を兼ねており，事前登録者確認のため１枚につき１名の申込みになっておりますのでご注意ください。また，事前登録では懇親会の受付も行っております。ぜひ皆様方のご参加を心よりお待ちいたしております。なお，事前登録された方へは，8 月 22 日(月)まで「参加証」と「抄録集」をお送りいたしますので，開催当日には必ず参加証をご持参ください。

《大会問い合わせ先》
ＪＡ秋田厚生連　平鹿総合病院 事務部内
第３１回日本診療録管理学会学術大会事務局
TEL.0182-33-0561　FAX.0182-33-4608
Email:jmr2005@hiraka-hp.yokote.akita.jp
URL：www.hiraka-hp.yokote.akita.jp/jmr2005/

●宿泊のご案内●

大会期間中の宿泊に関するご案内は大会ホームページにてご案内しております。詳しくは，大会ホームページをご覧になるか，下記担当者へご連絡ください。

《宿泊・交通問合せ先》
〒010-0976　秋田県秋田市八橋南二丁目 10 番 16 号（ＪＡビル）
㈱農協観光　秋田支店　「第 31 回日本診療録管理学会学術大会」係
担当：志田，佐藤　TEL.018-864-2588　FAX.018-864-2590

平成17年度「病院長・幹部職員セミナー」の開催案内

テーマ　「病院経営の創造　～質の時代に～」
日　時　平成17年８月11日(木)～12日(金)
場　所　東京都・都市センターホテル３Ｆ「コスモスホール」
　　〒102－0093　東京都千代田区平河町２－４－１　TEL 03－3265－8211

シンポジウム１「国家財政と今後の医療政策」
座長：二木　立（日本福祉大学社会福祉学科教授）
講師：向井治記（財務省主計局法規課長）　武田俊彦（社会保険庁医療保険課長）
　　三上裕司（日本医師会常任理事）　田中　滋（慶應義塾大学大学院教授）
　　石井暎禧（医療法人石心会理事長）

シンポジウム２「病院経営の創造　－地域医療と連携－」
座長：大井利夫（日本病院会副会長）
講師：須古博信（済生会熊本病院院長）　夏川周介（佐久総合病院院長）
　　松本文六（天心堂へつぎ病院理事長）　吉井　宏（済生会神奈川病院院長）

講　演
「認定医療法人と統合ヘルスケアネットワーク」　松山幸弘（富士通総研経済研究所主任研究員）
「ベンチマークとクリニカルインディケータ」　有賀　徹（昭和大学医学部教授）
「企業経営モデルと経営ツール」　川渕孝一（東京医科歯科大学大学院教授）
「2006年診療報酬の行方－医療保険・介護保険－」麦谷眞里（厚生労働省保険局医療課長）

※詳細については日本病院会学術研修課まで問い合わせください。TEL 03－3265－0077

日本病院会雑誌

第52巻第5号　2005年5月1日発行（毎月1日発行）
頒価1,200円（会員の購読料は会費の中に含まれます）

発行所　社団法人日本病院会
　　〒102-8414　東京都千代田区一番町13－3
　　電話：03－3265－0077（代）　FAX：03－3230－2898
　　http://www.hospital.or.jp

発 行 人　山本　修三
編 集 人　石井　暎禧

編集協力　(株)美和企画（東京都渋谷区南平台町12－6　電話：03－3496－6751(代)）
印刷・製本　日本平版印刷(株)（東京都文京区小石川4－3－6）

本誌の転載・複写についてはあらかじめ許諾をお求めください。